Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018

Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Delarue, JM. et al. (2018). Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

RAPPORT DU 17 JUIN 2018

Ce rapport est issu de l'audition publique qui a été conduite par la FFCRIAVS (Fédération française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles),

Sous le haut patronage et avec le soutien de Madame Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé,

Avec le soutien méthodologique de la Haute Autorité de Santé.

Quinze structures partenaires ont contribué à son élaboration :

- Association Française de Criminologie (AFC)
- Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropharmacologique (AFPBN)
- Association Française pour le Traitement des Violences Sexuelles (AFTVS)
- Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie (AIUS)
- Association Nationales des Juges de l'Application des Peines (ANJAP)
- Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires (ANPEJ)
- Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvéniles (API)
- Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle (ARTAAS)
- Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP)
- Direction Générale de la Santé (DGS)
- Direction Générale de l'Offre de Soin (DGOS)
- Fédération Française des Centres ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS)
- Fédération Française de Psychiatrie (FFP)
- Santé publique France
- Société française de psychologie

Nous tenons à remercier l'ensemble de ces structures pour leur mobilisation, leur contribution à ce projet collectif, et leur intérêt pour cette problématique qui nécessitait l'expertise du plus grand nombre.

SOMMAIRE

SOMMAIRE 3
COMMISSION D'AUDITION 5
Président : 5
Vice-président : 5
Membres de la Commission d'audition : 5
CHAPITRE 1 - CHAMP DE L'AUDITION PUBLIQUE 6
Introduction 6
Les violences sexuelles : une définition plurielle 6
La définition légale et juridique 6
La définition médicale 7
La définition par les professionnels du soin psychique 8
Épidémiologie 9
Les données administratives 9
Les données socio-démographiques 11
La loi du 17 juin 1998 : une étape phare dans la prise en compte des violences sexuelles 13
Un dispositif innovant 13
Prolongements et modifications du traitement des auteurs de violences sexuelles 14
Des évolutions législatives au gré des évolutions sociétales 15
Les acteurs de la prise en charge des violences sexuelles 19
CHAPITRE 2 - PREVENTION 24
Introduction 24
Prévention : état des lieux 27
Politiques de santé publique en France 27
Les programmes et les actions de prévention 32
Les manques et les préconisations 37
La prévention primaire 37
La prévention secondaire 41
La prévention tertiaire 42
CHAPITRE 3 – EVALUATION 44
Quelles évaluations pour quel champ, quel objet, quels objectifs? 44
Quelles évaluations hors expertises d'un mis en cause ou d'un auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours pénal ? 44

Quelle évaluation (et sur quels critères) peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours pénal ? ... 46

Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins ? Y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure du point de vue de l'expert et du juge ? ... 51

Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours de soin des auteurs ? ... 56

Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? (Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ?) ... 56

Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficience de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? ... 61

CHAPITRE 4 – PRISE EN CHARGE ... 63

Le dispositif institutionnel de la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles ... 63

La prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel en détention ... 63

La prise en charge des auteurs de violence sexuelle en milieu libre : l'affaiblissement du dispositif de l'injonction de soins ... 65

L'évolution des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) ... 72

Une autre voie de prise en charge des auteurs de violences sexuelles : la justice restaurative .. 72

Modalités de traitement ... 74

Préambule : courants épistémiques et cadre culturel : le cas particulier des ACC… ... 74

Existe-t-il des spécificités ? ... 74

Les approches thérapeutiques et leurs principes : une offre de soin qui se diversifie ... 77

État des lieux des pratiques cliniques de terrain ... 85

SYNTHESE ... 87

BIBLIOGRAPHIE ... 94

COMMISSION D'AUDITION

Président :

Jean-Marie DELARUE
Ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté (2008-2014).

Vice-président :

Charles ALEZRAH
Psychiatre, criminologue, président du CREAI-ORS Occitanie.

Membres de la Commission d'audition :

Safia ALLAG-MORRIS
Journaliste et enseignante.

Patrick BLACHÈRE
Médecin psychiatre, expert près la cour d'appel de Chambéry, responsable du groupe de travail médico-légal de l'AIUS.

Jean-Claude BOUVIER
Vice-président chargé de l'application des peines au TGI de Paris.

Bernard CORDIER
Psychiatre, chef de service à l'hôpital Foch de Suresnes, ancien expert près la cour d'appel de Versailles.

Humbert DE FRÉMINVILLE
Médecin généraliste, maître de conférences associé à l'université Lyon 1, expert judiciaire près la cour d'appel de Lyon en médecine générale et médecine légale du vivant.

Dominique FRÉMY
Médecin pédopsychiatre, responsable de l'unité du psychotraumatisme (CH Novillars), responsable du CRIAVS mineurs de Franche-Comté, expert près la cour d'appel de Besançon, médecin coordonnateur.

Olivier GIRON
Praticien hospitalier, chef de service, SMPR, CHU de Nantes.

François GOETZ
Directeur interrégional adjoint des services pénitentiaires, détaché à la délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion du royaume du Maroc en qualité de conseiller résident de jumelage pour l'Union Européenne.

Samuel LEMITRE
Docteur en psychologie, psychothérapeute, praticien ICV (Intégration du Cycle de la Vie), président de Eido, centre de soin des traumatismes et violences.

Isabelle SADOWSKI
Directrice juridique et de la coordination de l'aide aux victimes, France Victimes.

Joséphine TRUFFAUT
Psychologue clinicienne, docteur en psychologie, chargée de cours à l'université Paris Descartes, trésorière adjointe de l'ARTAAS.

CHAPITRE 1 – CHAMP DE L'AUDITION PUBLIQUE

Introduction

Les violences sexuelles demeurent une problématique sociétale prégnante en 2017 : 40 000 plaintes déposées, tandis que la dernière enquête de victimation estimait quant à elle que 777 000 personnes avaient été victimes de violences sexuelles (1).

Ces chiffres, s'ils sont impressionnants, ne reflètent qu'une part de la réalité puisque, d'un côté, le plus grand nombre des violences sexuelles n'est jamais révélé, témoignant de ce fait qu'elles restent, dans de nombreuses situations, de l'ordre du « tabou » ; d'autre part, ces chiffres ne concernent que les majeurs alors que la plupart des violences sexuelles ont lieu avant 18 ans.

Les violences sexuelles : une définition plurielle

Dégager une définition unique des violences sexuelles apparait très complexe, eu égard à la pluralité d'actes, d'auteurs et de situations qu'elles recouvrent.

Objet d'études dans de nombreuses disciplines, la définition des violences sexuelles recouvre un large domaine et plusieurs niveaux interactifs d'ordre juridique, médical, psychologique, médiatique, social. Ce sont ces différentes dimensions que l'on retrouve dans les travaux qui ont jalonné ces dernières années et notamment la Conférence de consensus « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » (2), la Recommandation de bonne pratique « Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de quinze ans » de la Haute autorité de santé (3) et la Conférence de consensus « Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive » (4).

Plurielles par essence, les violences sexuelles peuvent être définies plus précisément à partir de trois référentiels : le droit, le soin médico-psychologique, et la population.

La définition légale et juridique

On note d'emblée que l'expression « violences sexuelles » n'apparait pas dans le code pénal ; les violences sexuelles stricto sensu sont abordées au chapitre II, consacré aux atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne, au sein de la section III, intitulée « Des agressions sexuelles ».

L'article 222-22 en donne la définition suivante : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. » Celles-ci sont ensuite détaillées en quatre paragraphes, le premier consacré au viol, de nature criminelle et relevant donc de la cour d'assises, soit « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise », le suivant aux agressions sexuelles, délictuelles, exemptes de pénétration, de la compétence du tribunal correctionnel ; le troisième traite

tout particulièrement de l'inceste commis sur les mineurs, énonçant que « Les viols et les autres agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce, le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées ci-avant, s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait. » ; enfin, le quatrième et dernier évoque plus spécifiquement l'exhibition sexuelle et le harcèlement sexuel.

D'autres infractions à caractère sexuel sont par ailleurs incriminées à la section V du chapitre VII, consacré aux atteintes aux mineurs et à la famille, titrée « De la mise en péril des mineurs » : corruption de mineur, propositions sexuelles à un mineur de quinze ans ou à une personne se présentant comme telle, en utilisant un moyen de télécommunication électronique, diffusion et enregistrement d'images pédopornographiques ; enfin, viennent aux articles 227-25 et 227-27 du code pénal, les atteintes sexuelles commises sur des mineurs par des majeurs, sans violence, contrainte, menace, ni surprise, répréhensibles dans tous les cas pour les moins de quinze ans, et, pour les quinze-dix-huit ans, lorsqu'elles sont commises par un ascendant, ou toute autre personne ayant une autorité de fait ou de droit ou abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions, distinction à l'origine de la notion, souvent évoquée dans les débats, de majorité sexuelle à quinze ans (5).

La définition médicale

Au niveau d'une politique de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a choisi de définir les violences sexuelles de la façon suivante (6) : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ». L'incapacité à donner son consentement est également évoquée (ivresse, maladie mentale…) en complément de la définition principale.

Cette définition, d'allure juridique et pragmatique, apparaît d'emblée comme relativement large, basée sur la « coercition », et construite dans une perspective de prise en compte des victimes potentielles. L'OMS a proposé une seconde définition plus restrictive, limitée aux actes, dans une perspective cette fois-ci de recherche (7).

Les deux principales classifications internationales des troubles mentaux n'emploient pas l'expression « violences sexuelles » qui dépasse largement le cadre des troubles psychiatriques et celui des paraphilies (DSM-5) (8) ou des troubles de la préférence sexuelle (CIM-10) (9).

La dernière version du DSM introduit la notion de troubles paraphiliques. Le diagnostic nécessite pour être posé que la paraphilie « cause d'une façon concomitante une détresse ou une altération du fonctionnement chez le sujet lui-même ou si elle entraine un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes ».

Il existe huit troubles paraphiliques (fétichisme, pédophilie, exhibitionnisme, voyeurisme, frotteurisme, sadisme sexuel, masochisme sexuel, transvestisme). Il est à noter que les deux derniers troubles ne présentent pas forcément de risques au niveau médico-légal. Cette dernière version du DSM prend en compte la notion de violence sexuelle en permettant pour la première fois aux utilisateurs de coter explicitement l'absence de consentement de la personne destinataire du

comportement sexuel : « L'individu a mis en acte ses pulsions sexuelles avec une personne non consentante. » (10)

La définition par les professionnels du soin psychique

En France, la Haute Autorité de la Santé a proposé, par la réalisation de conférences de consensus ou d'auditions publiques, différentes approches de la définition des violences sexuelles.

Ainsi, la première conférence de consensus soutenue par la Fédération Française de Psychiatrie et conduisant à un document sur ce thème a eu lieu en novembre 2001 (2), et répondu en apportant des précisions d'ordre sanitaire à la promulgation de la loi du 17 juin 1998. Le terme choisi est celui d'agressions sexuelles, en symétrie avec l'incrimination pénale « Des agressions sexuelles ».

Les auteurs constatent à propos des agressions sexuelles que, malgré « le polymorphisme clinique des conduites déviantes et l'infinie diversité des configurations psychopathologiques au sein desquelles ces conduites peuvent apparaître », « un point semble faire l'accord des experts : c'est le constat que ces troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des tentatives de " solution défensive " par rapport à des angoisses majeures concernant le sentiment identitaire, elles-mêmes consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance. » (2)

Ainsi, si des troubles de la sexualité sont observés chez les auteurs de violences sexuelles - comme chez d'autres auteurs de violences - et peuvent être, à la demande du sujet, traités spécifiquement, ce type de traitement ne saurait se substituer à une approche psychothérapique, de quelque orientation qu'elle soit, et qui reste l'abord nécessaire de ces violences. Pas plus qu'une agression commise sous l'emprise de l'alcool ne devrait être envisagée sous le seul prisme de l'alcoologie, il n'y a pas lieu de considérer les problèmes de sexualité comme étant le ressort de la violence sexuelle.

S'appuyant sur les affirmations selon lesquelles cette catégorie de population n'est réductible ni au champ psychiatrique, ni au champ criminologique, la circulaire de 2006 ordonnant la création des CRIAVS (Centres Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles) revient sur les termes d'agression sexuelle et d'infraction sexuelle pour leur préférer le terme de « violences sexuelles » (8).

En synthèse des travaux précités et pour conclure ce chapitre, nous nous appuierons, dans le cadre du présent rapport, sur la définition suivante :

- Les violences sexuelles ont la violence pour processus fondamental
- Elles incluent au moins un auteur et au moins une victime
- Elles impliquent dans tous les cas l'absence de consentement de la victime
- Chez les enfants, elles peuvent aussi se manifester sous la forme d'un comportement sexuel problématique[1] (11)

[1] Comportements impliquant des parties sexuelles du corps, adoptés par des enfants âgés de 12 ans et moins, qui sont inappropriés du point de vue du développement de ceux-ci ou qui sont potentiellement néfastes pour eux-mêmes ou pour les autres (ATSA Task Force)

Épidémiologie

Avant d'entrer dans l'analyse des changements sociétaux et législatifs observés depuis vingt ans quant à la façon de *traiter* les violences sexuelles en France, il convient d'avoir une mesure, aussi juste que possible, de l'ampleur du phénomène. Deux types de données sont disponibles pour tenter d'appréhender les violences sexuelles commises et subies : celles issues des statistiques administratives, produites par les services de l'État, et celles recueillies par le biais des enquêtes socio-démographiques (sondages, enquêtes de victimation).

Les données administratives

Les données fournies par le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Justice ne révèlent évidemment qu'une partie émergée de l'iceberg dès lors qu'ils supposent *a minima* un dépôt de plainte ou un signalement. Ils permettent néanmoins de constater une hausse significative de ces derniers depuis vingt ans, ce qui « *traduit bien plus une capacité accrue des victimes à porter plainte qu'une improbable augmentation des faits* » (12). Ce qui est en jeu, ici, relève de la « libération de la parole » amorcée à la fin des années 80 et peut être porté au compte tant des associations de victimes que des mouvements féministes dont ce fut le cheval de bataille. Or, à l'heure où s'est tenue l'audition publique dont est issu ce rapport, on assiste à un mouvement de dénonciations - sans précédent puisque potentialisé par les nouvelles formes de communication et d'information que sont les réseaux sociaux – de comportements sexuels situés sur un large spectre allant du « geste déplacé » au viol caractérisé, par des femmes et des hommes de tous âges et de tous lieux, mouvement qui fait figure de véritable renversement du silence qui entourait habituellement ces violences sexuelles. Les évolutions dont il est question aujourd'hui depuis la loi du 17 juin 1998 sont ainsi dans une nouvelle phase de leur histoire, dont la vive actualité nous prive du recul nécessaire à leur analyse. Reste qu'une part très importante des violences sexuelles n'est jamais révélée et ne le sera peut-être jamais, ce qui tient à la nature même de la violence ici en cause.

Des mises à jour méthodologiques et techniques modifiant ponctuellement l'organisation des bases de données des services administratifs, il n'est pas possible de faire une analyse longitudinale des chiffres qu'ils génèrent. Cependant, on notera celui de 40.000 plaintes déposées pour violences sexuelles en 2017 contre 36.600 en 2016, représentant une augmentation d'environ 10%. Ces données sont toutefois à manier avec prudence et discernement. On court en effet le double risque de sous-estimer la fréquence des violences sexuelles en oubliant qu'une part extrêmement importante de celles-ci n'est jamais porté à la connaissance des autorités, mais également de surestimer ces violences dès lors que toute plainte enregistrée par les services de police n'aboutit pas nécessairement à des poursuites ni, en cas d'instruction, à une condamnation. Ainsi que le formule un récent rapport du CNRS sur les violences sexuelles à caractère incestueux (13), les représentations que nous avons de ces violences sont menacées par « *le double écueil du silence et du populisme pénal* » lequel véhicule en outre une image erronée des situations réellement à risque et devant faire l'objet de mesures de prévention.

Figure 1. Evolution du nombre de crimes et délits sexuels enregistrés – CVS-CJO. Source : SSMSI

	Année	Par trimestre, CVS-CJO				Année
		t1	t2	t3	t4	
Viols	2016	3 600	3 600	3 800	3 700	14 700
	2017	3 900	4 000	4 200	4 400	16 400
	2016/2017 (%)	8,5	11,0	10,0	17,9	12,0
Autres agressions sexuelles	2016	5 600	5 400	5 800	5 200	21 900
	2017	5 600	5 700	5 800	6 800	24 00
	2016/2017 (%)	-0,1	7,0	0,5	31,5	9,8

Il existe un décalage important entre l'augmentation observée du nombre de plaintes et « *la tendance à la baisse des condamnations depuis le début des années 2000* » (12), Cette diminution des condamnations est à interroger en lien, d'une part, avec celle des moyens alloués à la justice mais aussi, d'autre part, avec la difficulté à instruire certaines plaintes déposées parfois plusieurs décennies après les faits (voir *infra* « Les évolutions législatives au gré des évolutions sociétales »). Ainsi, en 2015, on décompte environ 1000 condamnations pour viol et 4700 pour les autres agressions sexuelles (12).

Figure 2. Nombre annuel de condamnations pour viols et agressions sexuelles et atteintes sexuelles sur mineurs entre 1984 et 2011. Source : Ministère de la Justice (12)

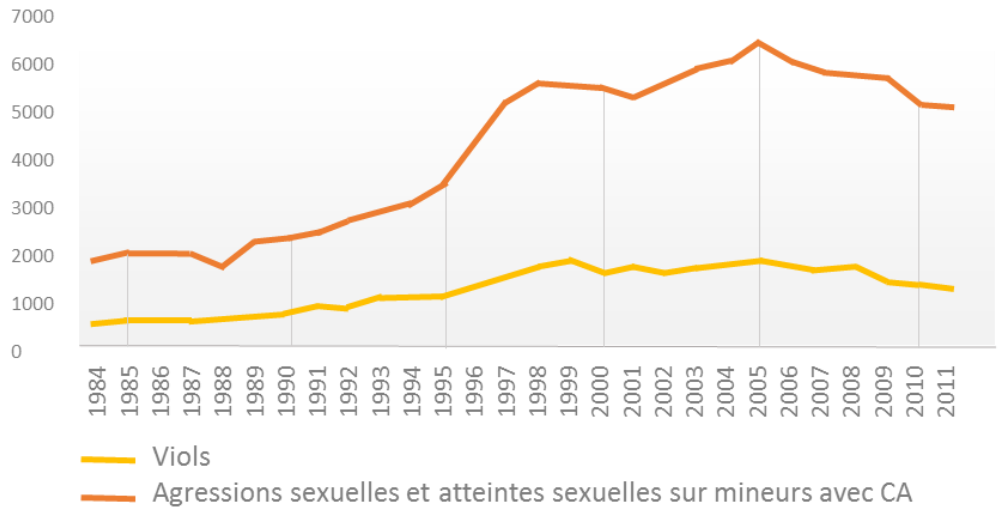
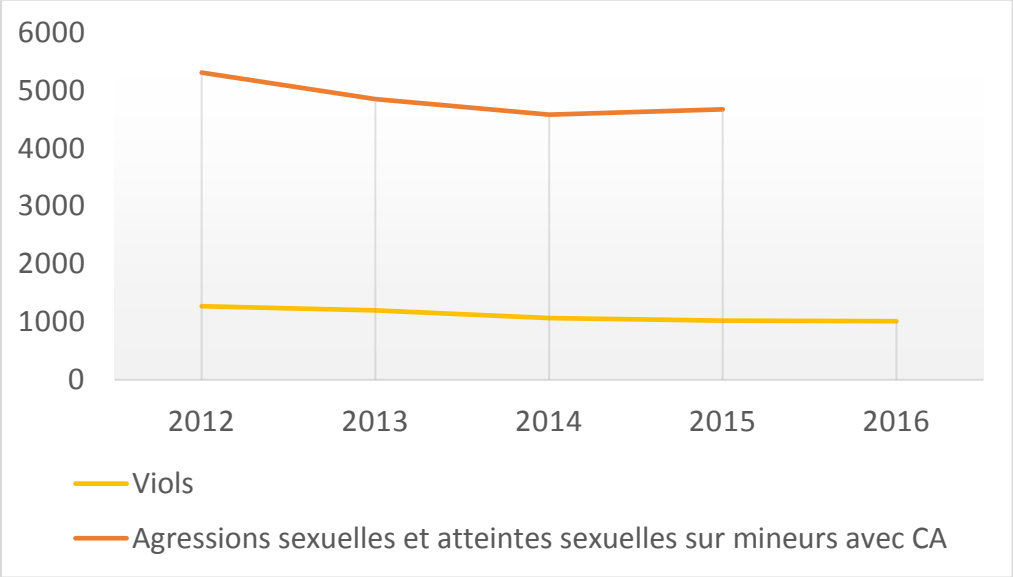


Figure 3. Nombre annuel de condamnations pour viols et agressions sexuelles et atteintes sexuelles sur mineurs entre 2012 et 2016 Source : Ministère de la Justice (12)



Toujours concernant les chiffres des condamnations, il convient d'avoir à l'esprit que la judiciarisation des violences sexuelles est, autant que pour les autres formes de criminalité, sélective (1) et qu'elle concerne « *essentiellement les milieux populaires* (14) *alors que tous les milieux sociaux sont concernés par les violences sexuelles* » (15). Le vaste mouvement de dénonciation né à l'automne dernier à la suite de la mise en cause d'un producteur de cinéma par des actrices de renommée internationale aura peut-être pour effet de modifier cette tendance, en rendant visible l'ensemble des milieux sociaux concernés.

Ainsi que le conclut A. DEBAUCHE dans son rapport, « *les données administratives ne conduisent guère à une connaissance détaillée des violences sexuelles mais permettent plutôt de comprendre le fonctionnement de la chaîne pénale, et le rapport des victimes à l'institution judiciaire* » (12). Aussi des informations plus précises nous sont-elles accessibles par le biais des enquêtes socio-démographiques.

Les données socio-démographiques

Les enquêtes consistent à interroger un échantillon représentatif de la population sur les agressions vécues, l'information ainsi obtenue étant supposée plus juste car moins altérée par les différents filtres institutionnels mentionnés précédemment. On parle alors de « chiffre noir » concernant les agressions qui n'arrivent pas jusqu'à la connaissance des autorités. Les autres enquêtes, celles sur la sexualité (par exemple l'enquête « Contexte de la Sexualité en France », en 2006) et celles sur la santé (notamment les Baromètres Santé de l'INPES (16), menés régulièrement) ont intégré depuis plusieurs années des questions portant spécifiquement sur les violences sexuelles.

Parmi les enquêtes de victimation, on retiendra l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000 et qui incluait un panel de questions relatives aux

attouchements et rapports forcés. En vue d'actualiser ses résultats, une nouvelle enquête de grande envergure sur les violences de genre, nommée VIRAGE - pour « Violence et rapports de genre » - a été menée en 2015 auprès de 27.000 personnes (15.000 femmes et 12.000 hommes), âgées de 20 à 69 ans (1).

Cette enquête a la particularité d'avoir prévu dans sa méthodologie de rattacher les faits d'agressions sexuelles rapportés par les personnes interrogées aux catégories pénales existantes. Les données révèlent l'ampleur de la sous-déclaration de ces faits puisqu'il est estimé que 580.000 femmes et 197000 hommes ont été victimes de violences sexuelles au cours des douze derniers mois.

Proportion (%) et effectifs de personnes victimes de viols, tentatives de viol et autres agressions sexuelles dans les 12 derniers mois.

Catégorie juridique	Femmes		Hommes	
	%	Effectif	%	Effectif
Viols et tentatives de viols	0,31	62 000 [38 000-86 000]	0,01	2 700 [0-5 000]
➢ Parmi les 20 à 34 ans	0,45	25 600	ns	ns
➢ Parmi les 35 à 49 ans	0,40	26 100	ns	ns
➢ Parmi les 50 à 69 ans	0,13	10 300	ns	ns
Autres agressions sexuelles*	2,76	553 000 [483 000-622 000]	0,97	185 000 [143 000-227 000]
➢ Parmi les 20 à 34 ans	5,36	303 000	1,47	81 000
➢ Parmi les 35 à 49 ans	2,60	170 000	1,10	70 000
➢ Parmi les 50 à 69 ans	1,02	80 000	0,46	34 000
Toutes agressions sexuelles	2,90	580 000 [509 000-651 000]	1,03	197 000 [154 000-240 000]

Source : INED, enquête Virage 2015
Champ : femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans vivent en France métropolitaine.
ns = non significatif car effectif trop faible
* Hors harcèlement sexuel et exhibitionnisme
[538 000-86 000] = intervalle de confiance à 95%

Toujours en cours d'analyse, les résultats montrent cependant avec netteté que « les femmes sont victimes dans des proportions bien supérieures aux hommes, qu'elles sont victimes dans tous les espaces de vie et à tous les âges de la vie alors que les hommes sont principalement concernés par des violences durant l'enfance et l'adolescence, pour la plupart dans le cadre de la famille et des proches ou des espaces publics. » (1).

Malgré une méthodologique rigoureuse, on peut regretter que la constitution de l'échantillon n'ait pas inclus les mineurs, alors que l'essentiel des agressions vécues rapportées ont lieu avant 18 ans.

Proposition 1 :
Une des priorités consiste à se donner les moyens méthodologiques de mesurer la prévalence des violences sexuelles chez les mineurs, ne serait-ce qu'en mettant en rapport les données administratives émanant de la protection de l'enfance (notamment CRIP - Cellule de Recueillement des Informations Préoccupantes) avec les autres données administratives.

La loi du 17 juin 1998 : une étape phare dans la prise en compte des violences sexuelles

Un dispositif innovant

Le présent rapport ayant pour objet l'évolution de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles depuis la loi du 17 juin 1998, il convient de rappeler les fondements qui ont présidé à sa création.

Cette loi de 1998 marque une innovation profonde, dans la mesure où elle introduit un dispositif de prise en charge commune entre la santé et la justice. Quand bien même les représentations sociétales autour des violences sexuelles n'ont pas fondamentalement évolué depuis plusieurs années, elles influent incontestablement sur les politiques publiques, et cette loi du 17 juin 1998 en est une illustration flagrante. Elle affichait en effet deux objectifs majeurs : mieux protéger les victimes et développer les mesures de prévention et de prise en charge des auteurs.

S'agissant des victimes, la loi institue un véritable statut spécifique et protecteur des enfants victimes de violences sexuelles. Elle améliore leur situation au cours de la procédure pénale (point de départ du délai de prescription retardé à la majorité, obligation de désignation d'un administrateur *ad hoc* lorsque l'auteur des violences sexuelles est un parent de l'enfant victime…), et favorise la prise en compte de leur parole, en particulier à travers la systématisation de leur enregistrement lors de leurs auditions.

S'agissant des auteurs, l'introduction du soin dans les dispositifs traduit de la part du législateur la prise en compte du besoin d'accompagnement thérapeutique, complémentaire à la sanction en tant que telle. Apparait alors un autre moyen de lutter contre la récidive que la seule mise à l'écart, par l'enfermement, des auteurs de violences sexuelles.

C'est ainsi qu'a été créé le suivi socio-judiciaire, lequel emporte, pour le condamné, selon l'article 131-36-1 alinéa 2 du code pénal l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive.

Originellement, il peut être accompagné d'une injonction de soins, laquelle prévoit un suivi thérapeutique des personnes reconnues coupables, impliquant l'intervention d'un médecin coordonnateur (*voir infra sur les acteurs de la prise en charge*). L'opportunité de l'injonction de soins est évaluée par une expertise médicale.

Il n'est pas inutile de rappeler que cette loi fut l'aboutissement de nombreux travaux préparatoires, élaborés conjointement par des professionnels du droit et de la santé, lesquels ont partagé leurs

réflexions pendant plus de quatre ans. Cette modalité de conception est importante à souligner dans la mesure où elle se distingue largement des lois suivantes prises dans ce domaine, majoritairement adoptées dans l'urgence (17).

Prolongements et modifications du traitement des auteurs de violences sexuelles

La loi du 17 juin 1998, audacieuse dans son principe, a pourtant été progressivement détournée de sa philosophie initiale par les réformes successives qui l'ont accompagnée.

On notera ainsi :

- D'une part, avec la loi du 12 décembre 2005, une extension du suivi socio-judiciaire à un nombre important d'autres infractions, dépassant le domaine des violences sexuelles (atteintes aux personnes, allant du meurtre aggravé aux violences conjugales, et sur mineurs, en passant par l'incendie volontaire) ;
- D'autre part, une automatisation du prononcé de l'injonction de soins consacrée par la loi du 10 août 2007 ;
- Par ailleurs et dans le même temps que l'élargissement du champ d'application du suivi socio-judiciaire, de nouvelles mesures ont été adoptées, destinées à garantir le suivi et/ou le contrôle du condamné après l'exécution de sa peine privative de libertés :
- La loi du 12 décembre 2005 crée la surveillance judiciaire et le placement sous surveillance électronique mobile,
- La loi du 25 février 2008 instaure la surveillance de sûreté et la rétention de sûreté.
- La loi du 10 mars 2010 « tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale » a, enfin, renforcé et conforté ces dispositifs.

Ces dispositions législatives consacrent ainsi l'avènement, dans le droit positif français, de mesures de sûreté applicables à l'encontre de certaines catégories de personnes ayant été reconnues coupables et condamnées à des peines d'enfermement. Ces mesures ne tendent pas à la punition d'un agissement contraire à la loi : elles ont pour but de défendre la société par la mise en œuvre d'une politique de prévention à destination de personnes considérées comme dangereuses et peuvent succéder à la peine. À la logique d'une sanction individualisée, prononcée par un juge à l'encontre de l'auteur d'une infraction strictement définie par la loi, se superpose alors celle relative à la détection et à la prévention de la dangerosité.

L'évolution du champ d'application du suivi socio-judiciaire a entériné un changement de paradigme, l'objectif étant moins de traiter les auteurs, que de prolonger le contrôle social au-delà de la peine privative de liberté (5).

On peut ainsi définir l'objet actuel du suivi-socio judiciaire, comme ayant avant tout une finalité de défense sociale. Certains évoquent même dans ce contexte une « véritable religion du soin » qui se donne pour mission de contraindre les délinquants sexuels, mais aussi les délinquants dangereux et plus généralement violents, à « subir » une thérapie (5).

Il semble ainsi aujourd'hui acquis que pèse sur les infractions sexuelles une forme de présomption de dangerosité de l'auteur. Pour ces derniers, la question n'est donc pas de savoir si un suivi va être mis en place mais quel type de suivi : suivi socio-judiciaire, surveillance judiciaire, surveillance de sureté, rétention de sureté ?

Cette loi du 17 juin 1998 a été précurseur en matière de traitement des auteurs de violences sexuelles. Dans le contexte de banalisation du suivi à durée indéfinie des auteurs de violences, d'aucuns comme François SOTTET (5) ont avancé que les auteurs d'infractions sexuelles font figure de « cobayes » pour la mise en œuvre du triptyque prévention / évaluation / prise en charge.

Des évolutions législatives au gré des évolutions sociétales

Que des mineurs soient concernés ou non par des faits de violences sexuelles, on peut tout d'abord faire le constat des nombreuses et récurrentes évolutions en ce domaine, puisque les réformes législatives ont été constantes et régulières depuis 1998 : on l'observe sous tous les gouvernements, de quelque orientation politique qu'ils soient.

La définition des violences sexuelles évolue sans cesse, au gré notamment des évolutions de notre société, pour une meilleure adaptabilité aux problèmes contemporains, aux mœurs, et aux exigences de protection régalienne que les citoyens demandent.

Le viol entre époux en constitue un exemple manifeste : inconcevable en 1810 eu égard à « l'existence reconnue du devoir conjugal », il a été reconnu comme infraction pour la première fois en 1990 par la jurisprudence. La loi du 4 avril 2006 (18) a par la suite admis une présomption simple de consentement à l'acte sexuel, y compris pour les couples mariés, avant que la loi du 9 juillet 2010 (19) ne crée une circonstance aggravante de couple pour l'infraction de viol.

L'interaction média-politique-opinion publique véhicule une vision simpliste et manichéenne de la délinquance, des violences sexuelles, réduite à une lutte du bien contre le mal, du bourreau contre la victime, empêchant toute possibilité de relativisation.

En tout état de cause, les exigences de renforcement de la protection de la société s'amplifient particulièrement ces dernières années via l'influence des associations de victimes, qui, conjuguée à la force des médias, participent à l'évolution en faveur de la législation et de l'abord sanitaire des violences sexuelles. Toutefois, un écueil qui impose une vigilance accrue est celui du populisme pénal, mêlant excès et précipitation (20). On soulignera à cet égard que ce ne sont pas tant les représentations sociales qui évoluent, mais plutôt la façon dont les politiques estiment devoir répondre à la demande sociale telle que les médias l'expriment. Ainsi que le résume D. de Fraene, « *ce qui compte c'est que les acteurs politiques croient que les médias déterminent les priorités du public. Que les médias soient la cause ou la conséquence de l'opinion n'est pas important, pour autant que les politiques considèrent l'intérêt médiatique comme un indicateur fiable des attentes et des besoins de la population.* » (21)

La protection des mineurs, un « moteur de réforme inépuisable »

Le sujet est encore plus brûlant s'agissant des mineurs (17). Trois sujets centraux continuent plus particulièrement à faire débat, illustrant les différences de points de vue et de finalité pratique entre la demande sociale et les professionnels :

- L'inceste commis sur mineurs, sujet « dérangeant », qui a longtemps posé problème en droit français : retiré du code pénal durant presque deux siècles, le législateur a tenté à plusieurs reprises

de le réintroduire, en 2010 notamment, essai vain eu égard à l'imprécision de la définition de la notion de « famille » qui a fait l'objet d'une censure par le Conseil constitutionnel (décision n° 2011-163 QPC du 16 septembre 2011).

C'est finalement la loi du 14 mars 2016 qui a réintroduit l'inceste en droit pénal en tant qu'infraction *sui generis*, l'article 222-31-1 du code pénal prévoyant de qualifier viols et agressions sexuelles d'incestueux dès lors que les conditions énoncées par l'article sont remplies, à savoir des actes commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur, ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait.

La réapparition de l'inceste en droit français vient « sur-qualifier » l'infraction sexuelle originelle, sans aggraver la situation pénale de l'auteur. Cependant, demandée de longue date par les associations de victimes, elle a pour effet de mettre en pleine lumière une réalité jusqu'à présent voilée par la technicité des formulations juridiques.

- La prescription : la particularité des infractions sexuelles repose sur le contexte complexe auquel toutes les victimes sont immanquablement confrontées. Contrainte ou emprise familiale, sentiment de honte, crainte du procès, de l'institution judiciaire ou encore celle de voir leur parole mise en doute, sont autant d'obstacles à franchir pour oser déposer plainte. Toutefois, la vulnérabilité de l'enfant amplifie ces sentiments et nécessite un accompagnement judiciaire renforcé. Le législateur a tenu compte de cette fragilité par un système dérogatoire fondé d'une part sur le report du point de départ du délai de prescription à la majorité et d'autre part sur le rallongement des délais de prescription de l'action publique.

Initiée principalement par la loi du 17 juin 1998, cette tendance sera confirmée par la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, qui portera notamment à 20 ans le délai de prescription de l'action publique des crimes mentionnés à l'article 706-47 du code de procédure pénale. La victime mineure au moment des faits dispose depuis lors de la possibilité d'agir jusqu'à ses 38 ans.

Quant aux victimes majeures, il est utile de préciser que la loi du 27 février 2017 dédiée à la refonte du droit de la prescription en matière pénale a porté les délais de prescription de 10 à 20 ans pour l'ensemble des crimes, et de 3 à 6 ans s'agissant des délits.

Toutefois, le débat relatif au rallongement de la prescription de l'action publique des infractions sexuelles ne semble pourtant pas clos. En effet, adopté le 16 mai 2018 par l'Assemblée nationale, le projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, propose désormais de porter le délai de prescription des infractions sexuelles commises à l'encontre d'un mineur de 20 à 30 ans (17).

Conçu pour permettre à l'enfant devenu adulte de voir reconnus et punis des faits que, dans sa vulnérabilité particulière, il ne pouvait dénoncer, vivement demandé par les associations de victimes et de protection de l'enfance, en vertu de l'idée selon laquelle il ne saurait y avoir de réparation du traumatisme subi sans une reconnaissance préalable de ce dernier et de la culpabilité de l'agresseur, on voit que ce dispositif risque d'être contraire, voire préjudiciable aux victimes dès lors qu'une plainte peut se voir classée faute de parvenir à rassembler les preuves nécessaires à l'établissement des faits. Les témoignages constituent en effet au mieux les seuls éléments susceptibles d'éclairer la réalité des faits.

On peut donc s'interroger sur l'intelligibilité d'une plainte qui n'aboutit pas et rappeler qu'en 2016, plus de 7 plaintes sur 10 ont conduit à un classement sans suite, essentiellement pour infraction insuffisamment caractérisée ou absence d'infraction (Infostat Justice, mars 2018, n° 160 (22)).

Or, ainsi que le souligne C. KAZANCHI dans son rapport, « *Il est pourtant à regretter que cette tendance législative actuelle véhicule auprès des victimes une vision à certain égard tronquée du système judiciaire, concentrée autour de la plainte et déléguant la tâche au système judiciaire d'expliquer aux victimes qu'aucune suite ne sera donnée faute de preuve. Le dépôt de plainte aussi complexe et douloureux soit-il ne constitue en définitive que la première étape d'un procès pénal*. » (17)

Dans ces situations qui peuvent être particulièrement complexes pour les victimes, tout l'enjeu sera donc de leur assurer un accompagnement effectif, une explication pédagogique, empathique et accessible dispensée par les professionnels se trouvant à leur côté (avocats, associations d'aide aux victimes…).

- Enfin, la question du consentement est au cœur des préoccupations de la société : le droit positif définit le consentement par défaut, c'est-à-dire qu'il se caractérise par une absence de recours, par l'agresseur, à toute violence, menace, contrainte ou surprise lors de l'acte sexuel. En l'état, la minorité de la victime est retenue comme une circonstance aggravante, et ne permet pas, en soi, de caractériser à elle seule le défaut de consentement. Toutefois, si tout acte sexuel perpétré à son encontre est considéré comme une infraction sexuelle, la législation actuelle ne retiendra pas systématiquement la qualification d'agression sexuelle, il y aura une appréciation *in concreto* des magistrats, qui pourra retenir une atteinte sexuelle si l'acte sexuel entre un majeur et un mineur de quinze ans a été commis sans violence, contrainte, menace ou surprise (Article 227-25 du code pénal) (23)

À la suite de la médiatisation d'une décision de justice ayant conduit à un acquittement pour des faits de viol commis sur une mineure de onze ans faute d'avoir établi une contrainte, violence menace ou surprise, cette épineuse question de l'âge de consentement a ressurgi dans les débats publics, notamment dans le cadre du projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Le débat est ainsi passé de l'idée de circonstance aggravante, à celle de la question de la minorité comme élément constitutif de l'agression sexuelle.

Le processus législatif est toujours en cours, le gouvernement ayant décidé de l'engager par le moyen d'une procédure accélérée, c'est-à-dire que seule une lecture par chambre du Parlement est imposée avant adoption de la loi. Or, on ne peut manquer de s'interroger sur la pertinence du recours à la procédure d'urgence dans un domaine où plane le risque d'une « loi de circonstance » et ou à l'inverse la question juridique nécessite certainement une étude approfondie et apaisée (17).

Un nouvel enjeu : les évolutions technologiques

Le volet de la loi du 17 juin 1998 interdisant la représentation pornographique de mineurs a beaucoup changé au cours de ces vingt dernières années, dans un souci constant du législateur de s'adapter rapidement aux évolutions technologiques mais également de réprimer plus sévèrement les infractions de ce champ.

Sans tomber dans l'énumération, on retiendra notamment la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale qui vient incriminer de manière spécifique la seule détention d'une image ou d'une

représentation pornographique d'un mineur y compris lorsque celle-ci est virtuelle. La loi du 4 avril 2006 quant à elle fait entrer dans le champ répressif la seule mise à disposition de contenus à caractère pédopornographique. Plus récemment, la loi du 5 août 2013 durcissant encore la répression en la matière, sanctionne l'infraction de fixation, transmission, enregistrement d'une image pornographique lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans et ce alors même que ces faits ne seraient pas commis en vue de sa diffusion. La preuve d'une volonté de diffusion, condition pourtant exigée pour les images ou représentations de mineurs âgés de 15 à 18 ans, est désormais écartée pour les moins de quinze ans. Pour ces derniers la seule détention ou représentation de l'image y compris lorsque les faits n'ont pas été commis en vue de leur diffusion permet de constituer l'infraction. Cette dernière extension confirme l'orientation législative actuelle consistant à renforcer la vigilance et l'incrimination de l'utilisation des réseaux de télécommunication permettant ainsi une forme de détection des profils pédophiles. Cette tendance est confortée par l'évolution de l'incrimination de la consultation de sites internet mettant à disposition des images ou vidéos à caractère pédopornographique. La loi du 5 mars 2007 est venue dans un premier temps incriminer la consultation habituelle d'un service de communication au public en ligne mettant à disposition l'image ou représentation d'un mineur présentant un caractère pornographique, d'acquérir ou de détenir une telle image. Une consultation unique n'entre donc pas dans le champ de l'infraction, laquelle au titre du bénéfice du doute peut résulter d'un hasard malencontreux. En revanche, dans un second temps, la loi du 5 août 2013 a complété l'incrimination en permettant de sanctionner la consultation, même unique, lorsque celle-ci a été effectuée en contrepartie d'un paiement. L'erreur éventuelle née de l'errance de l'utilisateur d'internet prend en effet une tout autre dimension dès lors que ce dernier accède à un contenu particulier contre paiement, la volonté se trouvant alors parfaitement caractérisée.

Loin d'être exhaustive, l'évolution présentée démontre surtout une pénalisation extensive de la cyber-pédopornographie. Le caractère nettement répressif de ces modifications semble tenir à deux choses : à la facilité d'accès à ces contenus et à l'anonymat que permet internet, qu'il convient d'assortir de conséquences pénales conséquentes comme pour les contrebalancer, et à la supposition que les comportements sexuels déviants sur internet sont le témoin d'une dangerosité susceptible de se traduire par des passages à l'acte dans la réalité.

Or, si l'enregistrement et la production d'images représentant des enfants et/ou des adolescents dans des mises en scène pornographiques est, de fait, significativement associée à l'agression sexuelle (24), il ne ressort pas de la revue de la littérature que les consommateurs d'images sur internet risquent plus de passer à l'acte (25). Nous manquons néanmoins de recul pour évaluer strictement ce qu'il en est, a fortiori dans une époque propice au développement d'addictions à la réalité virtuelle et au « cybersexe », susceptibles de pousser au franchissement des limites pour maintenir un niveau d'excitation constant (26). En termes de psychopathologie toutefois, il ne semble pas y avoir lieu de considérer les violences sexuelles commises par le biais du numérique comme relevant de problématiques différentes de celles agies dans le monde réel (26). Cela ne justifie donc pas de parler de « nouvelle catégorie » d'auteurs (27).

Reste que la sévérité de la répression assure également une fonction de prévention des publics les plus exposés à ces violences, c'est-à-dire les mineurs et ce d'autant plus si l'on prend en compte l'effet « disruptif » évoqué par M. TEILLARD-DIRAT (26), qui fait des nouvelles technologies un domaine où nombre des repères du monde adulte sont à réenvisager et, partant, où le rôle parental de protection et de contrôle peut être mis en défaut. M. TEILLARD-DIRAT évoque plusieurs nouvelles normes de comportement directement influencées par la place prise par le numérique dans le monde contemporain, parmi lesquelles l'habitude d'être sans arrêt « connecté » et de croire avoir toujours l'autre à portée de main, à disposition, l'importance donnée au fait d'être vu, dans chacun des registres du quotidien avec un effet d'escalade de mise en scène et de surexposition de l'intime. La

généralisation des réseaux sociaux impliquant en outre que tout le monde s'y côtoie en s'y exhibant, l'identification aux vedettes internationales ou aux starlettes de la télé-réalité en est comme facilitée, diffusant une tendance à l'hypersexualisation non seulement des adolescentes et pré-adolescentes mais aussi des fillettes et qui, au-delà de son caractère inadapté en fonction de l'âge auquel elle s'exprime, constitue évidemment un important facteur de risque.

Un chiffre important dans ce contexte est celui selon lequel 60 % des jeunes entre 12 et 15 ans touchés par le cyberharcèlement seraient à la fois auteurs et victimes. Cela témoigne de la façon dont le virtuel facilite le basculement de la position de victime à celle d'auteur, dans une proportion beaucoup plus importante que celle observée pour les violences sexuelles commises dans la réalité.

De la même façon que l'hypersexualisation se diffuse de manière plus ou moins insidieuse mais constante via internet, l'exposition des jeunes à la pornographie, qui n'est pas nouvelle, a pris une proportion qu'elle n'avait pas il y a vingt ans. On estime ainsi, selon les études, qu'elle touche 57 % des jeunes tandis que 42 % des filles et 58 % des garçons se disent influencés par la pornographie dans leur découverte de la sexualité avec ce que cela induit de représentations d'une sexualité ayant le culte de la performance et qui ne pose pas la question du consentement (28).

De ce qui précède, on conviendra en l'état des connaissances que nombre de problématiques sont davantage amplifiées par le numérique qu'elles ne sont substantiellement modifiées par celui-ci (24, 25, 26). Il en ressort une interrogation sur la pertinence qu'il y a à regrouper sous la bannière du virtuel un vaste ensemble de faits hétérogènes dont la gravité, le degré de violence et les conséquences ne peuvent être mis au même niveau. Reste que le numérique constitue par ailleurs un immense champ ouvert à la prévention.

Au travers de ces nombreuses mutations législatives, particulièrement lorsque la victime est mineure, on constate finalement un double mouvement initié dans le prolongement de la loi du 17 juin 1998 : d'un côté une extension de la répression pénale, avec une précision toujours plus grande des infractions de violences sexuelles (ajout de circonstances aggravantes, nouvelles incriminations…) et de l'autre une « perte de spécialisation » du suivi socio-judiciaire, étendu à de nombreuses infractions en-dehors du volet sexuel.

La loi du 17 juin 1998 constituait un défi en proposant une alliance de la justice et du soin dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ; mais, plus la justice promeut une vision sécuritaire de leur suivi, moins les professionnels du soin parviennent à se reconnaitre dans les missions qu'elle leur attribue.

Les acteurs de la prise en charge des violences sexuelles

Il va de soi que de nombreux intervenants (policiers, magistrats, avocats, conseillers d'insertion et de probation, travailleurs sociaux, personnels religieux, médecins somaticiens, etc.) sont amenés à s'occuper de personnes poursuivies et/ou condamnées pour des faits de violences sexuelles. Nous nous en tenons ici à la description des acteurs de la prise en charge médico-psychologique et renvoyons pour les intervenants contribuant à la réintégration du condamné dans la société civile aux chapitres 2 « La prévention » et 4 « Prise en charge ».

Par la création du suivi socio-judiciaire, la loi du 17 juin 1998 a consacré l'importance du *traitement* des sujets condamnés pour des violences sexuelles sous la forme de l'injonction de soins. Ce dispositif fait graviter autour du sujet condamné trois acteurs : le médecin coordonnateur, le thérapeute traitant – médecin ou psychologue – et le juge d'application des peines et suppose que les professionnels soient, du moins en ce qui regarde le volet sanitaire, expérimentés sinon spécialisés.

Cette exigence de départ, théorique, s'est néanmoins rapidement heurtée à la réalité du terrain et, par exemple, à la pénurie de médecins qui marque certaines régions de France. C'est ainsi que la fonction de médecin coordonnateur – que d'aucuns désignent comme le garant de l'efficacité du dispositif de l'injonction de soins – dont il allait de soi qu'elle devait être assurée par un médecin psychiatre, fut étendue aux médecins généralistes en 2009, sous réserve néanmoins d'une formation universitaire spécifique. Enfin, il est à regretter avec J.-P. CANO (29) la lenteur administrative avec laquelle sont traitées les candidatures à cette fonction, à même de démobiliser les plus motivés et qui va singulièrement à rebours du discours ambiant sur la priorité donnée à cet enjeu de santé publique. On trouve ici, comme ailleurs, un net décalage entre les effets d'annonce du politique et les mesures effectivement mises en œuvre.

D'une manière générale, on assiste à une grande inégalité des ressources sur l'ensemble du territoire, que ce soit au niveau des équipes intervenant en milieu pénitentiaire ou en milieu ouvert. À l'heure où le principe de consultations spécifiques pour les auteurs de violences sexuelles n'est pas encore généralisé et où la mission de suivi médico-psychologique reste attribuée aux filières de la psychiatrie classique, on peut dire des intervenants qu'ils se répartissent entre ceux pour qui la prise en charge de ces patients relève d'un choix professionnel, sous-tendu par un intérêt clinique et éthique, et ceux qui y sont amenés par les nécessités du service public. C'est notamment pour répondre à l'importance de sensibiliser et de former les professionnels qu'ont été créés en 2006 les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) lesquels, entre autres missions, dispensent régulièrement différentes formations à destination de l'ensemble des acteurs susceptibles d'accompagner les auteurs de violences sexuelles : infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, psychomotriciens, éducateurs et psychologues de la PJJ etc. mais aussi magistrats, CPIP, policiers voire encore personnels de l'Éducation nationale. Là encore on observe une certaine disparité de l'offre proposée par les CRIAVS – aujourd'hui présents à l'échelle régionale – en fonction des personnes qui y travaillent et de l'intérêt plus ou moins marqué avec lequel ils investissent cette modalité d'action, distincte de celle du soin « direct » dispensé aux patients.

En cohérence avec le dispositif de l'injonction de soins, réservé au suivi post-carcéral, le législateur a étendu sa préoccupation de (sa)voir les auteurs de violences sexuelles suivis au plan médico-psychologique durant le temps de leur détention. La loi interdisant les soins sous contrainte en prison, c'est à une très forte incitation que sont soumis les détenus condamnés pour ces faits, l'engagement dans un suivi conditionnant la possibilité ou non d'aménagements de peine, de permissions de sortie et l'octroi des remises de peine (voir par exemple les dispositions des articles 721 et 721-1 du code de procédure pénale). Cela posant à nouveau la question de la spécialisation ou non des soignants amenés à prendre en charge ces patients, une décision conjointe des ministères de la Santé et de la Justice a entraîné en 2009 la désignation de vingt-deux établissements pénitentiaires comme étant prioritairement dédiés aux condamnés pour des faits de violences sexuelles, impliquant qu'une partie au moins de l'équipe de soins psychiatriques soit en mesure de proposer à ces derniers un accueil et un suivi spécifiques.

Malgré le fait qu'une affectation dans un de ces établissements puisse aller à l'encontre du maintien des liens familiaux – pourtant unanimement considéré comme primordial pour la future réinsertion du condamné – on doit rappeler que si le suivi thérapeutique n'est pas obligatoire en détention, il peut

s'avérer important pour certains. Un accès égal aux soins psychologiques de l'ensemble des personnes détenues sur tout le territoire est ainsi la priorité dans un contexte où certains services sanitaires en milieu pénitentiaire sont largement débordés.

Une des problématiques essentielles concernant le double suivi judiciaire et sanitaire est celle de l'articulation concrète des intervenants entre eux, laquelle se traduit notamment par le degré et les modalités du partage d'informations concernant celui qui est, pour les uns un patient et, pour les autres, un justiciable. En matière d'injonction de soins, la situation est claire du fait du médecin coordonnateur qui, par son rôle d'évaluation régulière et son devoir d'en rendre compte auprès des instances judiciaires, permet au thérapeute traitant de rester dans une confidentialité rigoureuse des échanges conduits avec son patient, hors situation explicitement à risque. On constate néanmoins une assez nette hétérogénéité dans la façon dont les médecins coordonnateurs investissent leur rôle d'évaluation et l'on peut s'étonner que, compte tenu des enjeux qui pèsent sur le suivi des auteurs de violences sexuelles, celle-ci ne soit pas davantage formalisée quant à ce qu'en attendent les juges de l'application des peines. La circulation des informations est moins balisée dans le cas d'une obligation de soins, le thérapeute en charge du patient n'ayant à priori d'autre devoir que celui de remettre à ce dernier à sa demande une attestation de suivi qu'il appartient au patient de transmettre à son CPIP.

La question des rapports interprofessionnels devrait faire l'objet d'un traitement différent selon que le suivi a lieu durant le temps de la prison ou à l'extérieur. La confidentialité, et peut-être surtout la confiance du patient en la confidentialité à laquelle est tenue le thérapeute, étant toujours une gageure en milieu pénitentiaire - du fait que les soins se déroulent dans son enceinte et n'échappent donc pas à la surveillance générale et constante - une préservation stricte et explicite de celle-ci devrait être la règle, partagée par l'ensemble des acteurs.

Enfin, comme le rappelle J.-P. CANO (29), « *la qualité des échanges et de l'efficience des boucles va être très dépendante des acteurs, des motivations, des pratiques selon les endroits.* » L'épineuse question des rapports interprofessionnels autour d'un même patient / justiciable (30) et le sentiment du thérapeute de travailler sous surveillance sont ainsi à mettre sur le même plan que ce qui, du point de vue de la psychopathologie ou des actes commis par le sujet, rebute nombre de soignants travaillant dans les filières classiques de la psychiatrie publique à prendre en charge les auteurs de violences sexuelles. Le code de déontologie des psychologues, par exemple, étant nécessaire mais non suffisant pour s'y repérer, il est important que cette dimension soit spécifiquement traitée dans les formations traitant des auteurs de violences sexuelles.

Proposition 2 :
Concevoir un livret sur le secret professionnel des intervenants auprès des PPSMJ qui récapitule les droits et devoirs de chacun ainsi que les cas de relèvement du secret prévus par la loi.

En matière de formation initiale, que ce soit au niveau du Diplôme d'Études Spécialisées en psychiatrie ou du Master II en psychologie clinique, les cours consacrés spécifiquement à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles sont rares et consistent au mieux en une sensibilisation. Des Master II en criminologie existent mais ils constituent une filière spécifique pour des étudiants qui ont, en amont, déjà fait le choix professionnel de travailler auprès de ces sujets, comme c'est le cas pour ceux qui font des Diplômes universitaires ou Diplômes inter-universitaires. Il faut autrement attendre la formation continue – donc ciblant des professionnels déjà sur le terrain – pour voir l'offre s'étoffer et décliner les différentes facettes du suivi des auteurs de violences sexuelles : cadre légal,

psychopathologie, indications de suivi et possibilités thérapeutiques etc. Elles existent mais s'adressent, de nouveau, à ceux dont le choix professionnel s'est opéré en amont. L'apport des CRIAVS sur ce plan est majeur, d'autant plus que la majorité des formations qu'ils proposent est gratuite et périodiquement réactualisée. Des associations, historiques dans le champ de la violence sexuelle comme l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles (ARTAAS) - qui joua un rôle de premier plan dans la genèse de la loi du 17 juin 1998 - et l'Association Française de Thérapie des Violences Sexuelles (AFTVS) constituent enfin des relais importants, notamment régionaux, dans la transmission et la diffusion des savoirs via colloques et journées d'études. Comme le souligne J.-P. Cano (29), ce sont d'ailleurs souvent les mêmes personnes qui se retrouvent à intervenir dans ces associations et dans les CRIAVS.

Proposition 3 :
Compte tenu de la demande exponentielle adressée aux professionnels de la santé de prendre en charge et d'accompagner les personnes placées sous main de justice (PPMSJ), il apparait essentiel de susciter des vocations en introduisant des enseignements spécifiques dès la formation générale et de renforcer la formation continue des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) et des psychologues.

Les professions du soin, et particulièrement du soin psychique, sont de celles qui, renouvelées constamment par l'exercice clinique et la nécessité d'une pensée au cas par cas, ont besoin de moments, distincts de la pratique quotidienne, où mettre en perspective, avec un tiers, le travail effectué avec les patients. Ce temps, cette activité de supervision, s'il est souhaitable pour tout soignant l'est doublement pour ceux qui exercent auprès des auteurs de violences, et notamment de violences sexuelles, pour des raisons qui tiennent d'une part à la spécificité du travail en liaison avec la justice, et d'autre part à la singularité des profils de personnalité aux prises avec ce type de violence. Certaines situations mobilisant de plus ou moins vives pressions judiciaires, lesquelles s'opposent à la nécessité pour les soignants d'être disponibles à leur mission *princeps* de soin au bénéfice avant tout du patient, exigent ainsi de pouvoir être réfléchies et débattues dans un cadre exclusivement sanitaire mais avec un tiers extérieur à l'institution. Et cela est d'autant plus impératif qu'il est connu que certains patients, du fait de leurs mécanismes psychiques et de leur mode relationnel, peuvent mettre en échec qui du thérapeute, qui de l'équipe qui le prend en charge. Or, bien que ces éléments soient connus et répertoriés comme le souligne J.-P. CANO (29), il est dans les faits très rare que ces temps collectifs soient mis en place au sein des équipes soignantes. Quelles qu'en soient les raisons, dépendantes de chaque équipe, un budget dédié à cet effet aurait sans doute pour conséquence de rendre son application effective.

Au titre des intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, citons enfin les experts psychiatres et les experts psychologues. La question de leur formation et des conditions de leur exercice est l'objet d'un débat récurrent (29) qui dépasse le fait des auteurs de violences sexuelles (cf. *infra*, chapitre 3, « L'évaluation ») et au sujet duquel l'audition publique de 2007 sur « L'expertise psychiatrique pénale » (31) constitue un document de référence.

Telle que retracée dans le présent chapitre, la loi du 17 juin 1998 (32) dans ses deux volets de protection des mineurs et de prise en charge des auteurs de violences sexuelles a été le moteur connu de nombreuses évolutions.

Les efforts entrepris sur le plan sanitaire pour proposer une offre de soins consistante aux auteurs de violences sexuelles sont à saluer, et à poursuivre. Il y a cependant un domaine qui a connu peu d'évolutions et où la marge de progression reste importante : celui de la prévention.

CHAPITRE 2 – PREVENTION

Introduction

Le VIH, la violence routière, la tuberculose, le tabac notamment font l'objet d'ambitieuses politiques de prévention en France. Ce qui n'est pas le cas des violences sexuelles. En l'absence de politique publique de prévention, ce sont les victimes elles-mêmes qui, récemment, via les mouvements « *Me too* » et « Balance ton porc » ont alerté l'opinion sur l'ampleur du phénomène.

Les données exposées dans le chapitre précédent sont, de ce point de vue, très révélatrices. La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, lancée au mois de mars 2017 par la ministre des affaires sociales et de la santé, devrait permettre la mise en œuvre d'une politique de prévention d'envergure concernant tous les échelons de la société.

Dès 1974, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans une perspective de prévention, définit pour la première fois la notion de « santé sexuelle ».

« L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le suivi et les soins concernant la procréation et les maladies sexuellement transmissibles ». (33)

La santé sexuelle s'inscrit au sein de la promotion de la santé voulue par la constitution de l'OMS, adoptée à New York en 1946. Elle en constitue désormais un pan entier de son action dont l'objectif est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

En 1987, en pleine épidémie du SIDA, l'OMS s'appuie sur la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 pour reconnaître la sexualité comme un droit humain fondamental.

En 2002, dans son Rapport mondial sur la violence et la santé, l'OMS définit les droits sexuels et souligne les conséquences des violences sexuelles (34) :

« La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime. Outre les traumatismes physiques, elle est associée à un risque accru de nombreux problèmes de santé sexuelle et génésique, dont les conséquences se font sentir immédiatement, mais aussi des années après l'agression ».

Ce même rapport invite à renforcer la place de l'éducation sexuelle :

« L'éducation est sans doute le principal moyen dont on dispose pour réduire l'incidence de la violence sexuelle et de l'infection VIH ».

Le terme « santé sexuelle » figure dans la loi du 26 janvier 2016 (créant l'article L. 1111-5-1 du code de la santé publique) à la suite d'un rapport du Haut-Conseil de santé publique (35).

La définition de la santé sexuelle présente beaucoup de similitudes avec la définition de la santé et a connu la même évolution depuis 1946 en passant d'une conception restrictive (éviter les maladies

pour une bonne santé physique) à une conception globale et positive, notamment lors de la première convention internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa en 1986 (36).

Ainsi la santé sexuelle ne se réduit plus à des actions sur la santé reproductive et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le SIDA mais devient comme le précise l'OMS en 2002 dans une définition exhaustive : « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun » (34).

L'OMS définit de façon précise ces droits sexuels :

« Les droits sexuels s'inscrivent dans les droits humains déjà reconnus par les législations nationales, les instruments internationaux relatifs aux droits humains et autres textes bénéficiant d'un large consensus. Ils incluent, entre autres droits accordés à toute personne, sans aucune contrainte, discrimination, violence :

- ***Le droit de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et de reproduction***
- ***Le droit de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité***
- ***Le droit à une éducation à la sexualité***
- ***Le droit au respect de son intégrité physique***
- ***Le droit au choix de son partenaire***
- ***Le droit de décider d'avoir une vie sexuelle ou non***
- ***Le droit à des relations sexuelles consensuelles***
- ***Le droit à un mariage consensuel***
- ***Le droit de décider d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants, au moment de son choix***
- ***Le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque. »***

Atteindre cet objectif de santé sexuelle passe impérativement par une politique globale de prévention pluridisciplinaire. En effet, la prévention des violences sexuelles concerne à la fois les champs de la santé, de l'éducation et de la justice et, au-delà, constitue un grave sujet de société. Cantonnée le plus souvent à la sphère judiciaire, la thématique de prévention des «violences sexuelles» se heurte à de nombreuses difficultés pour pénétrer le champ de la santé publique. C'est seulement dans les années 1980-90 que le secteur de la santé publique commence à s'attaquer aux violences, et plus récemment encore aux violences sexuelles (37).

La prévention se définit comme l'ensemble des actions visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, accidents et handicaps. L'OMS distingue trois types de prévention :

- Prévention primaire : prévoir et prévenir
- Prévention secondaire : réduire l'impact et la progression
- Prévention tertiaire : réduire les conséquences et favoriser la réinsertion, la réadaptation, la réparation (38)

Cette définition va évoluer avec l'adoption par l'OMS d'une charte le 21 novembre 1986 (36) ; la santé étant désormais considérée comme un état de bien être total physique, mental et social de la personne (conception positive et holistique) ce n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité

(conception restrictive et partielle), c'est une notion plus large qui dépasse le seul secteur médical. Son ambition est le bien être complet de l'individu.

La promotion de la santé devient donc une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, par le biais d'une gamme de stratégies individuelles (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie). Elle utilise pour cela une approche pluridisciplinaire, dont l'éducation à la santé, le marketing social et la communication de masse, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel.

Dans le cadre de la prévention, les objectifs poursuivis par la promotion de la santé sont pluridirectionnels et peuvent être appliqués pleinement à la santé sexuelle (37) ;

1° Signifier l'engagement des pouvoirs publics, créer un environnement de l'opinion favorable à la mise en pratique de mesures ou de réformes ayant des répercussions collectives.
2° Mettre à « l'ordre du jour » un problème de santé. Il s'agit de placer une question au cœur des préoccupations de chacun, de la faire émerger dans le bruit médiatique, d'augmenter la prise de conscience collective des problèmes et des situations.
3° Informer sur les risques et les moyens de prévention (fonction cognitive) et donc inciter à de nouveaux comportements vertueux qui s'appuient sur le principe que « mieux vaut prévenir que guérir » sur le plan épidémiologique mais aussi économique.
4° Agir sur les représentations sociales et faciliter le questionnement des individus sur leurs propres pratiques. Les campagnes peuvent en effet préparer l'opinion, modifier des normes sociales, faire évoluer ou changer les perceptions.
5° Créer des environnements favorables : nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé.
6° Travailler sur les compétences psychosociales de l'individu. Il ne s'agit plus de faire passer un message sur un thème mais de travailler par exemple sur la capacité de l'individu à interagir avec autrui (habiletés interpersonnelles), à demander de l'aide, à en donner, à résoudre un problème, à prendre une décision, à s'affirmer.
7° Renforcer l'action communautaire : la promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.
8° Réorienter les services de santé : dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Prévention : état des lieux

Politiques de santé publique en France

En France, la politique de santé publique ciblant spécifiquement les violences sexuelles ou les auteurs de violence sexuelle apparaît dans le texte de la loi du 17 juin 1998 qui créé le dispositif de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins et les « médecins coordonnateurs ».

Le plan « Psychiatrie et santé mentale « 2005-2008 » prévoit lui aussi des dispositions pour développer la prévention :

- Développement d'actions de recherche et notamment cofinancement d'un projet de recherche multicentrique sur les anti-androgènes
- Participation de professionnels français à la suite du programme STOP de la Commission européenne sur les prises en charges des délinquants sexuels
- Amplification de la formation des professionnels de santé : poursuite du programme de l'Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agression sexuelle (ARTAAS) de formation des professionnels initié en 2002, développement des enseignements universitaires, formation des personnels des services déconcentrés du ministère de la santé par l'école nationale de santé publique (ENSP, aujourd'hui École des hautes études en santé publique), formation des médecins coordonnateurs
- Initiation d'une réflexion visant à établir les principes d'une politique de prévention portant sur :
    - la prévention primaire en lien avec la pédopsychiatrie, la périnatalité et des sociologues
    - le repérage précoce des troubles
    - la prévention de la récidive psychiatrique

Le 13 avril 2006, la circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 (39) qui crée les Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) précise que leur mission sera notamment de « développer la prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et être l'interface des acteurs qui mènent déjà ou souhaitent mener des actions de prévention. »

De plus en plus, la conception des programmes de prévention en matière de lutte contre les violences sexuelles s'inscrit dans le cadre plus large d'un objectif de « santé sexuelle pour tous ». Cette approche holistique recueille l'assentiment de la plupart des experts. Même s'ils en soulignent les limites, ils la considèrent comme le « socle » nécessaire à toute action de prévention.

Partout en France, ces dernières années, des expériences de promotion de la santé sexuelle ont vu le jour, soutenues par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Le Haut-Conseil de santé publique, dans son rapport de 2015 (35), a décrit la nécessité de poursuivre la mise en place de telles actions, de les développer au-delà de la santé reproductive et de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le Sida et de les coordonner pour les rendre visibles.

Avec la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (40), le concept de santé sexuelle est reconnu comme un des aspects fondamentaux de la promotion de la santé dans notre pays.

Cette stratégie nationale associe les ministères sociaux, les sociétés savantes, les organisations professionnelles, les agences et institutions publiques et les associations.

La démarche s'inscrit dans une volonté globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive (40). « Elle se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité. Elle prend en compte les relations inégalitaires entre les sexes et les sexualités qui impactent l'accès universel à la santé sexuelle. Quelques indicateurs liés à la santé sexuelle sont peu satisfaisants et démontrent que les approches centrées sur l'individu et les pathologies ont atteint leurs limites d'efficacité (25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action d'éducation à la sexualité malgré l'obligation légale ; un tiers des grossesses reste non prévu et aboutit 6 fois sur 10 à une IVG ; une augmentation de 10% d'IST chez les 15-24 ans entre 2012 et 2014 et chez les populations vulnérables ; près de 6000 nouvelles séropositivités en 2015, même si l'épidémie du VIH est globalement stable depuis 2007 ; une femme sur 7 et un homme sur 25 déclarent avoir subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de leur vie ; des discriminations sociales, notamment les inégalités entre les femmes et les hommes, homophobie qui impactent la santé mentale et génèrent une mauvaise estime de soi). En outre, la question du plaisir se doit d'être centrale dans les différentes approches éducatives menées, afin de ne plus être dans des programmes centrés uniquement sur le risque sexuel. »

L'Axe 1 de la Stratégie - « Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive » - se propose :

- **De développer une éducation à la sexualité interdisciplinaire**. Celle-ci ne doit pas se limiter à la transmission de connaissances biologiques mais s'attacher à développer les compétences psycho-sociales des enfants, adolescents et des jeunes adultes, à les accompagner à la fois dans la construction d'un ensemble de connaissances, dans leur réflexion sur le respect mutuel, l'égalité filles-garçons, la réciprocité et le consentement des relations à l'autre. Le développement de leur esprit critique, notamment l'analyse des modèles et des rôles sociaux (stéréotypes) véhiculés par les médias et les réseaux sociaux doit être valorisé. L'École joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention, l'information. L'éducation à la sexualité doit impliquer d'une manière générale l'ensemble des structures accueillant des enfants et adolescents et impliquer l'éducation parentale. Une attention particulière sera portée aux adolescents de moins de 15 ans dont 20% sont déjà entrés dans la sexualité.
- **D'améliorer l'information en santé sexuelle en utilisant les nouveaux outils de communication**. L'information en santé sexuelle est complémentaire de l'éducation à la sexualité. Elle s'adresse à la population générale, et notamment les jeunes, ainsi qu'à des publics spécifiques, et doit agir sur les déterminants de la santé sexuelle. Cette information s'appuie sur le respect des droits humains et des valeurs qu'ils légitiment, et intègre outre les informations sur les moyens biomédicaux qui permettent de se protéger, d'être dépisté ou d'être traité, des informations sur les compétences personnelles et sociales, les attitudes et les valeurs favorables à la santé sexuelle.
- **De renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels (santé, médicosocial, éducation, justice, médias) intervenant dans le champ de la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité.**

Deux autres grands axes de la Stratégie concernent notre problématique et/ou notre public cible :

- L'Axe IV : Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables.
- L'Axe V : Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle.

La feuille de route 2018-2020 décline les premières actions de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle d'ici 2020. Elle prévoit d'adapter les objectifs et priorités en fonction des résultats (40).

Ces actions, au nombre de 26, sont en cohérence avec d'autres stratégies et dispositifs impactant la santé sexuelle en particulier le 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017-2019, le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019, la stratégie santé des personnes placées sous-main de justice, le Comité interministériel du handicap, et le plan « étudiants ». Ces différents plans concourent à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes affirmée par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes.

Les 26 actions sont présentées autour de 5 objectifs. Ces derniers sont particulièrement intéressants en matière de prévention des violences sexuelles. Ici, nous listons celles des actions qui leur sont rattachées pouvant renforcer à court terme la place de la promotion de la santé sexuelle dans la prévention des violences sexuelles au vu des expérimentations menées qui en montrent déjà toute la pertinence :

Améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle

Action 1 : « Produire un plaidoyer interministériel pour promouvoir l'éducation à la santé sexuelle »

Action 2 : « Former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire »

Action 3 : « Produire des outils sur les questions de santé sexuelle pour les personnels qui interviennent auprès des enfants et des jeunes en dehors du cursus scolaire ou universitaire »

Action 5 : « Mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours, des ressources documentaires en matière de santé sexuelle ». Si cette action vise la prévention, la vaccination, et le dépistage des IST, il serait intéressant d'y inclure la prévention et le dépistage des violences sexuelles.

Ces actions seront importantes pour rendre compte des enjeux éthiques en matière d'éducation sexuelle notamment auprès des enfants et des adolescents, particulièrement lorsqu'ils sont en situation de vulnérabilité du fait de handicap (psychique, intellectuel, sensoriel..) ou d'autres problématiques (mineurs confiés aux services de protection de l'enfance, de la justice…). Des garanties sont indispensables concernant la formation des professionnels puisque l'éducation sexuelle dans une approche intégrative telle que définie dans l'action 1 ne peut pas s'improviser et que les professionnels désireux de s'y impliquer doivent en cerner les enjeux éthiques. Les garanties doivent aussi concerner les supports utilisés. Les outils de la communication brève sont utiles pour sensibiliser le maximum de personnes (professionnels, parents…). Pour les éducateurs et éducatrices en éducation sexuelle, il est indispensable de renforcer les durées de leur formation et d'organiser la formation continue et l'analyse des pratiques.

Améliorer l'offre générale en santé sexuelle

Action 9 : « Encourager les projets de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) intégrant les problématiques de santé sexuelle ».

Action 14 : « Améliorer l'efficience de l'offre gratuite de santé sexuelle dans les territoires ».

Renforcer et adapter l'offre en matière de santé sexuelle pour les populations et territoires prioritaires

Action 15 : « expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire, sur le modèle anglo-saxon ».

Action 17 : « Mettre en œuvre, à titre expérimental, une proposition systématique d'un bilan global, intégrant la santé sexuelle pour les migrants primo-arrivants ».

L'expérience à la Maison des adolescents (MDA) de Lille permet d'ores et déjà de rendre compte que ces populations sont en risque de présenter des conséquences sévères de violences, dont sexuelles, subies et ont particulièrement besoin de lieux de premier recours.

Action 19 : « Promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques, prises en charge par les équipes sanitaires, sociales, ou médico-sociales ». Dans le champ de la prévention primaire, c'est un aspect essentiel qui va renforcer les actions déjà menées en santé mentale mais aussi dans d'autres structures sociales ou médico-sociales déjà impliquées (action 20) ». À terme, cela permettra de renforcer la prévention secondaire et tertiaire. L'organisation des soins en santé sexuelle est de toute évidence un enjeu qui devra mobiliser les acteurs de la santé mentale, sexuelle et somatique.

Action 20 : « Mieux prendre en compte la thématique vie privée, affective et sexuelle pour les personnes handicapées ».

Action 21 : « Adapter la planification de l'offre en santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes en tenant compte des besoins spécifiques ultra-marins et des ressources existantes ». Cette spécificité est évidente en matière de violence sexuelle. Elle relève de besoins de formation des professionnels pour être en mesure de s'approprier l'approche intégrative de la sexualité qui favorise la possibilité de nouer des dialogues au-delà de seuls repères métropolitains.

Coordonner et promouvoir la recherche en santé sexuelle

Action 22 : « Structurer la recherche en santé sexuelle. Des thématiques de recherche prioritaires sont identifiées :

- Mesurer, comprendre, agir dans le champ des violences sexuelles
- Rattraper le retard de la recherche sur la santé sexuelle des minorités sexuelles et de genre

- Comprendre les changements dans la sexualité et leur retentissement en termes de santé sexuelle
- Développer la recherche sur les nouvelles pratiques professionnelles au regard de l'élargissement des besoins en santé sexuelle »

Ces thématiques sont essentielles pour renforcer les travaux déjà menés en matière de violences sexuelles.

Accompagner et développer les projets innovants

Action 25 : « Créer une charte d'engagement contre les stéréotypes ».

Cette stratégie 2017-2030 doit faire l'objet d'une évaluation à mi-parcours en 2023, via des « indicateurs chiffrés ». Elle a pour objectif que :

- *100 % des jeunes auront reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) tout au long de leur cursus scolaire*
- *100% des organismes de formation initiale ou continue des professionnels de santé proposeront une formation complète et globale de santé sexuelle*

D'ores et déjà, des acteurs de terrain (37) se félicitent de « l'avancée » que constitue cette stratégie *« tout en regrettant qu'elle ne mette pas plus en avant l'intérêt de promouvoir la santé sexuelle pour lutter contre les conséquences des violences sexuelles. Les victimes de traumatismes sexuels sont en risque de développer des troubles psychiques. Les évolutions du* Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders *en témoignent. Les publications sur les conséquences somatiques ont été plus tardivement considérées particulièrement dans notre pays ; elles sont à présent étayées dans la littérature. Mais il est aussi nécessaire de considérer les conséquences sexuelles des traumatismes sexuels. Elles sont aussi à l'origine de troubles psychiques et somatiques en lien avec la double peine pour de nombreuses victimes d'être en difficulté sexuelle et ne pouvoir bénéficier des indicateurs de base de la santé sexuelle que sont la satisfaction, la sécurité, l'autonomie. Mais il apparait évident que des victimisations précoces dans la vie mettent en risque des enfants, notamment des garçons à présenter avant 12 ans des comportements sexuels allo-agressifs et plus tard à devenir auteurs de violences sexuelles. La prévalence de victimisation sexuelle est 5 fois plus élevée chez les adolescents auteurs de ces violences que chez d'autres adolescents délinquants »* (37)

Par ailleurs, en termes de politiques de santé publique, les violences sexuelles sont le plus souvent confondues avec les « violences faites aux femmes » (sans mention des autres victimes). Elles sont considérées comme étant le résultat de relations inégalitaires entre les hommes et les femmes et du sexisme.

Il existe des plans triennaux de lutte contre les violences faites aux femmes (le 5ème plan 2017-2019 est en cours) qui visent, notamment, à dénoncer et faire reculer la « culture du viol » et à accueillir et accompagner les victimes. Selon le Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, ces plans partent du principe suivant : « *Qu'il s'agisse de violences sexuelles, de violences physiques ou de meurtres conjugaux, les violences faites aux femmes relèvent d'un continuum provoqué par une seule et même idéologie / construction sociale : le sexisme ».* Le 5ème plan est présenté comme s'inscrivant *« dans la parfaite continuité du Plan d'action et de mobilisation contre le sexisme engagé en septembre 2016 »* qui prévoyait notamment d'engager des *« campagnes pour*

poursuivre le travail de déconstruction des stéréotypes qui constituent le terreau des violences faites aux femmes ».

Le bilan du 4ème plan (2014-2016) fait apparaître un meilleur repérage des violences et une meilleure prise en charge des victimes mais les violences et le nombre des victimes n'ont pas diminué. Aujourd'hui encore en France, une femme serait violée toutes les sept minutes.

Il faut toutefois noter que ces plans ne concernent que les femmes et s'attaquent à toutes les formes de violence et non pas, spécifiquement, aux violences sexuelles.

Enfin, dans le prolongement des mouvements « Balance ton porc » et « *Me too* », déjà mentionnés, le président de la République a annoncé le 25 novembre 2017 que l'égalité entre les femmes et les hommes serait une « grande cause du quinquennat », avec « trois priorités » : « l'éducation et le combat culturel en faveur de l'égalité », un « meilleur accompagnement des victimes » et un « renforcement de l'arsenal répressif ».

Les programmes et les actions de prévention

Quels programmes évalués ?

Il y a peu de programmes de prévention primaire scientifiquement évalués. La grande majorité sont américains et visent la prévention des conduites à risques. Ils sont le plus souvent genrés et laissent de côté les violences sexuelles commises par des femmes sur des hommes.

Par ailleurs, aucune donnée dans la littérature scientifique n'a permis d'identifier l'existence de programmes (systématisés et contrôlés) de prévention des violences sexuelles, applicables directement auprès des enfants mais aussi des enseignants et des parents.

Enfin, ces approches ont pour principale limite le fait de ne considérer que très rarement l'occurrence des actes de violence sexuelle au profit des facteurs de risque. En effet, plus que d'évaluer le taux d'agressions sexuelles et de viols, elles se restreignent souvent à l'évaluation des différents facteurs de risque associés. Même dans les cas où ces violences sexuelles sont mesurées, ce sont souvent des auto-évaluations et non des évaluations objectives. De plus, elles sont très clairement orientées vers une population spécifique que sont les étudiants. Beaucoup d'entre elles souffrent également de biais méthodologiques comme l'absence de groupe contrôle ou l'absence de randomisation.

Les potentielles victimes d'agression sexuelle présentent certaines caractéristiques. Les principaux facteurs de risque ciblés par ces interventions sont : le genre, l'âge, les problèmes psychiatriques, le milieu universitaire, le milieu socio-économique, la consommation d'alcool.

Bien qu'ils s'intéressent principalement aux potentielles victimes, des programmes ont développé des interventions ayant pour cible certaines catégories d'individus masculins. En effet, pour certains, les cibles prioritaires des programmes de prévention primaire sont les hommes puisqu'ils sont le plus souvent les auteurs des violences sexuelles.

Le rapport « *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* » (41) montre que parmi les femmes agressées sexuellement, 98,1% disent l'avoir été par un homme. Pour ce qui est des hommes,

l'agresseur est une personne du même sexe dans 93% des cas. Enfin, 98% des violeurs sont des hommes.

Enfin, certains programmes veulent sensibiliser l'environnement des victimes et des agresseurs potentiels. Cette approche dite « *bystander* » (ou « témoin ») s'adresse particulièrement aux personnes assistant à ce type d'agression, qu'ils soient des amis, des membres de la famille, des professeurs, des entraîneurs ou des membres d'une communauté. Il leur donne les clés pour reconnaître et stopper les situations à risque pouvant aboutir à une agression sexuelle, s'exprimer contre les normes supportant les violences sexuelles et venir en aide aux victimes (41).

Fabienne Lemonnier (41) relève que seules trois stratégies peuvent être considérées comme efficaces mais les auteurs estiment que ces approches à elles seules ne sont pas suffisantes pour réduire le taux de violence sexuelle au niveau de la population et ils suggèrent que ces approches soient intégrées comme un élément d'une stratégie complète, multi-niveaux.

Ces stratégies sont :

- *Safe date* : un programme universel de prévention des violences dans les relations amoureuses pour les collégiens et lycéens, qui comporte dix séances et intervient sur les attitudes, les normes sociales et les compétences relationnelles saines

- *Shifting boundaries* : un programme universel de prévention des violences dans les relations amoureuses au collège qui comporte deux volets, un volet de six séances au niveau de la classe et une intervention au niveau de l'établissement qui concerne les règles et la sécurité à l'école. Seule l'intervention au niveau de l'établissement se révèle efficace.

- *U.S. violence against women act of 1994 – VAWA* : Ce programme intervient à plusieurs niveaux. Il vise à augmenter les poursuites et les peines pour viol, harcèlement sexuel et autres formes de violence à l'égard des femmes, financer la recherche, les programmes d'éducation et de sensibilisation, les activités de prévention et les services aux victimes (41).

Les approches centrées sur les hommes

Dans le prisme des violences sexuelles, les hommes sont souvent considérés comme de potentiels agresseurs. Toutefois, tous les programmes ne les considèrent pas comme de potentiels auteurs. Les différents programmes destinés aux hommes ont, selon les cas, permis d'accroître l'empathie pour les victimes, d'augmenter la compréhension du consentement et l'intervention en tant que témoin, une diminution de la proximité ressentie envers les agresseurs, une diminution des mythes soutenant le viol et une diminution importante de l'estimation de la probabilité de commettre une agression sexuelle ou un viol.

Mais un seul programme de prévention à destination des hommes a mis en évidence une diminution objective des violences sexuelles, le programme *RealConsent* (42).

Afin de notamment lutter contre la diffusion restreinte des interventions visant la prévention primaire des violences sexuelles, le programme *RealConsent* a été mis en place en 2014. Celui-ci, à travers l'approche des témoins, a pour volonté d'agir dans un cadre socio-cognitif par l'éducation et la théorie des normes sociales envers les jeunes hommes. Grâce à un programme construit en six sessions de

trente minutes, il a pour objectif d'augmenter les connaissances et les compétences pour intervenir de manière sécurisée, corriger les erreurs à propos des normes sociales, agir sur les attitudes concernant le viol, améliorer les connaissances sur le consentement et les compétences de communication et l'empathie pour les victimes, tout cela dans le but de réduire l'occurrence des violences sexuelles.

Selon la seule étude publiée à ce jour sur cette intervention, les étudiants uniquement masculins et âgés de 18 à 24 ans ayant suivi ce programme, et comparativement au groupe contrôle, rapportaient des bénéfices à tous les niveaux visés et montraient notamment moins de comportements de violence sexuelle.

Les approches centrées sur les femmes

Puisque les femmes sont les principales victimes de violences sexuelles, il est important que certains programmes s'adressent particulièrement à elles. En effet, plus elles seront en capacité de reconnaître les indices d'une situation à risque, plus elles auront la possibilité de résister ou de s'échapper, réduisant ainsi leur risque de victimisation. De plus, l'approche du témoin peut leur permettre de venir en aide aux autres femmes victimes d'agressions sexuelles.

Il s'agit essentiellement de programmes d'éducation à la résistance et au discernement.

A l'image de ce qui a pu être fait pour la prévention chez les hommes, les études menées sur ces programmes souffrent de quelques limites. Elles sont très peu nombreuses et très peu d'entre elles incluent une évaluation objective du taux de violences sexuelles.

Les approches centrées sur les enfants

Les études de 31 programmes scolaires destinés aux enfants de 5 à 12 ans ont montré que les enfants qui participent à ces programmes ont de meilleures connaissances sur la prévention ainsi que de meilleures compétences que ceux qui n'y ont pas participé (43). Plus spécifiquement, les programmes permettant une participation active et un entraînement aux compétences comportementales produisaient le plus de changements. De même, ceux qui comprenaient plus de trois sessions étaient plus efficaces, non pas en raison de leur durée totale mais grâce à la multiplicité des séances. Enfin, les enfants les plus jeunes sont ceux pour qui l'efficacité des programmes était la plus importante.

Selon les cas, il s'agissait de permettre aux enfants de reconnaître, réagir et révéler les violences sexuelles par le biais de l'apprentissage de compétences comportementales ou de jeux de rôle. Mais également d'identifier les endroits privés de leur corps, la différence entre les touchers sains et malsains, le fait que ces touchers malsains puissent être l'œuvre d'un adulte de confiance et la façon de dévoiler ces touchers. Ces programmes sont particulièrement intéressants pour les enfants issus de milieux modestes.

Les personnes attirées par les mineurs

La prévention des violences sexuelles sur mineurs est une préoccupation sociale forte et une priorité dans les plans de prévention. Les personnes présentant une attirance ou préférence sexuelle (pédophilie) qui, si elle se traduisait en acte, donnerait lieu à une judiciarisation constituent une nouvelle population cible des programmes de prévention. Le projet Dunkelfeld (Allemagne), le projet *B4U Act* (USA), la ligne d'écoute *Stop It Now* ! (USA, Grande Bretagne, Irlande, Pays-Bas, Australie, Pologne) et autres déclinaisons, permettent aux personnes majeures et mineures attirées par des mineurs de trouver une aide appropriée et de prévenir la commission d'infraction. Plus généralement, en Europe et Amérique du Nord, les services de santé mentale et/ou santé sexuelle font la promotion d'une possible prise en charge en amont de tout acte répréhensible. En France, l'initiative de certaines associations et la version française du projet PedoHelp, porté par l'association Une Vie, s'inscrivent dans cette tendance.

Quelles actions en France ?

Le fait qu'il n'existe pas en France de programmes de prévention ayant fait l'objet d'une évaluation scientifique systématique ne signifie pas qu'il ne s'y passe rien...

- Les services sociaux et médicaux des départements de la Protection médicale et infantile (PMI) et de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), les juges des enfants œuvrent dans le sens de la prévention auprès des familles de la petite enfance jusqu'à l'adolescence. Ils s'appuient sur des mesures d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) et sur les dispositifs de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Ils doivent intégrer la notion de santé sexuelle car leur action se déroule souvent sur plusieurs générations, ce qui en fait des acteurs précieux du repérage des violences sexuelles transgénérationnelles.
- La lutte contre les violences sexuelles passe par la santé sexuelle et donc l'éducation sexuelle au sens le plus large (37). Le concept de santé sexuelle a été au centre de deux expérimentations. La première, sur la période 1996-2012 dans le champ médico-social, témoigne d'actions en éducation sexuelle mais aussi de soin dans la lutte contre ces violences. Le deuxième, sur la période 2013-2017 dans le champ sanitaire se déploie sur deux sites : une unité dédiée à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles majeurs ou mineurs et un dispositif Maison des Adolescents. Ces deux expérimentations, au carrefour des pratiques du médico-social, de la justice, de l'éducatif et du sanitaire, mettent « en évidence la nécessité de l'éducation sexuelle dans la prévention primaire des violences sexuelles » et rendent compte « de sa nécessité face à la prévalence des troubles sexuels observés ».

La formation en éducation sexuelle des professionnels de ces expérimentations a visé trois objectifs :

- Apprendre à savoir créer un climat propice au dialogue sur la sexualité avec les jeunes.
- Apprendre à savoir accompagner leur réflexion pour leur permettre de faire leurs choix dans l'autonomie.
- Apprendre à savoir porter à leur connaissance les moyens pour vivre leur découverte de la sexualité dans le respect de soi, de l'autre, la responsabilité et la liberté.

Les interventions collectives auprès des collégiens et des lycéens, au-delà de la prévention classique des risques liées à la sexualité, permettent d'aborder la globalité de la sexualité et de pouvoir s'inscrire

dans une réelle démarche éducative auprès de jeunes au titre de la promotion de leur santé sexuelle et aussi de la prévention des violences sexuelles. Cela a été conforté par la loi du 4 juillet 2001 qui rend obligatoire l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires (article L. 312-16 du code de l'éducation) puis par un guide d'intervention publié par l'Education Nationale pour les collèges et les Lycées en 2005.

On doit noter que depuis 1995, plusieurs universités proposent un Diplôme inter-universitaire de sexologie. L'Ordre des médecins reconnaît cette formation qui prépare des médecins à l'information, au conseil et au traitement de troubles sexuels. Ce cursus permet d'aller au-delà de l'éducation sexuelle, insuffisante dans certaines situations et permet de « prendre soin du développement sexuel lorsqu'il a été mis à mal par des violences sexuelles qui semblent entraîner des troubles du développement sexuel » (37).

Des associations et des initiatives innovantes

Les associations se montrent particulièrement créatives et innovantes. Plusieurs associations ont en commun « le fait de lutter contre les tabous et le non-dit qui entourent souvent la violence sexuelle et contribuent ainsi à la prévention. Elles utilisent souvent les nouvelles technologies pour se faire connaître ».

Citons entre autres l'association *Une Vie®* (44), déjà mentionnée, fondée en 2017, qui a pour objet la promotion du respect entre les êtres et l'épanouissement de l'individu et du collectif. Elle a notamment mis en place *Pedohelp®,* un projet international d'information et de prévention sur la pédophilie prévu de 2015 à 2020. Les deux premières années ont été consacrées à la création du « kit de prévention » tandis que la deuxième partie du projet consistera en sa diffusion à grande échelle, dans les pays francophones puis dans les autres pays. Le kit de prévention, déjà disponible en français et en anglais, comporte différents outils gratuits (deux sites internet, un livre illustré, trois guides, un fascicule et deux affiches) qui servent à informer et à sensibiliser enfants, parents, professionnels concernés, etc.

La devise de *PedoHelp®* est : « Plus il y aura de gens informés, moins il y aura de victimes ». Sébastien Brochot, président de l'association, parle « d'approche proactive » ou « prévention active ».

L'association l'Ange bleu (45) a été créée en 1998 par Latifa Bennari. Elle organise un réseau d'écoute destiné aux pédophiles, partant du principe qu'il n'y avait pas de structure d'écoute ou d'accompagnement pour ces personnes qui souffrent généralement de leur propre situation. Sa devise est « Ensemble faisons parler le silence ».

Une ligne téléphonique ainsi qu'une adresse électronique permettent à tous ceux qui se sentent concernés de prendre contact avec l'association. Plusieurs fois par an, l'association réunit des auteurs et des victimes de violences sexuelles au sein d'un groupe de parole, afin qu'ils prennent conscience de la souffrance des victimes.

L'association met en avant la différence entre les « pédophiles abstinents » (qui ne sont jamais passés à l'acte sur des enfants) et les « pédosexuels » (qui sont déjà passés à l'acte).

Son action est régulièrement médiatisée et l'association a aussi pour but de sensibiliser l'opinion publique et les politiques sur le nécessaire accompagnement de ces personnes afin de prévenir tout passage à l'acte.

L'association *Colosse aux pieds d'argile* (46), créée en 2013 par Sébastien Boueilh, a pour mission la prévention, la sensibilisation et la formation aux risques pédophiles surtout en milieu sportif.

Elle sensibilise les enfants, aide et accompagne les victimes. Elle sensibilise et forme également les adultes, professionnels ou bénévoles, amenés à encadrer des enfants (entraîneurs, éducateurs, animateurs, dirigeants, parents et accompagnateurs bénévoles, etc.).

Son action s'appuie notamment sur le « Pack Colosse », distribué gratuitement et disponible sur internet. Il comprend : la charte école de sport, les consignes et le guide des Colosses pour les enfants, le protocole éducateur, la procédure de signalement, le sticker Colosse, la convention des Colosses.

L'association sensibilise également les différentes fédérations sportives.

Enfin, la Fédération française des CRIAVS a mis en place le dispositif REO (Réseau Ecoute Orientation) (47). Ce dispositif créé en 2016 a pour vocation de faciliter le recours aux soins de première ligne pour les personnes souffrant de paraphilies. Des CRIAVS volontaires ont mis en place ce maillage national pour accueillir les questions et préoccupations des professionnels et du grand public concernant les fantasmes et/ou comportements sexuels problématiques. Des professionnels volontaires formés assurent au cours des heures ouvrées l'accueil téléphonique de toute personne (patient, famille, professionnels, tiers aidants, …) en difficulté pour elle-même ou un tiers avec une sexualité paraphilique et/ou violente. En fonction de la gravité et de l'urgence d'apporter une réponse, une orientation est proposée vers les services *ad hoc* (service d'accueil d'urgence, unité médico-judiciaire, équipe de soins psychiatriques, services sociaux, maison de la justice et du droit, services de police ou gendarmerie…).

Les manques et les préconisations

La prévention en matière de violence sexuelle reste le parent pauvre des actions menées, quel que soit le champ concerné : sanitaire, judiciaire, ou social. Cela se vérifie que la prévention soit primaire et s'exerce sur les conduites individuelles à risque ; secondaire à l'occasion d'un dépistage précoce ou du traitement des premières atteintes ; ou enfin tertiaire, s'attachant à diminuer la prévalence des récidives et à soigner les auteurs.

Les manques concernent toutes les déclinaisons de la prévention et interrogent la réelle capacité d'une société à se mobiliser contre une problématique qui reste encore « taboue » et qui n'intéresse la politique que lorsqu'elle déborde à l'occasion de faits divers sordides.

La prévention est une priorité de santé publique mais elle s'inscrit dans le long terme. Sa mise en œuvre nécessite du temps et ne peut s'accommoder de l'urgence.

La prévention primaire

En France l'accent a été mis sur la prévention primaire des adolescents en s'appuyant sur l'institution scolaire. Malheureusement, le choix a longtemps été fait de privilégier une approche « focalisée sur les dangers et les problèmes » (48) et de favoriser l'éducation sexuelle visant le dépistage des IST, la

prévention des risques de grossesse non désirée, plutôt que la santé sexuelle qui englobe des thèmes comme le corps, les émotions, ou encore l'impact de la pornographie, la notion de consentement (37).

Les actions de prévention sont menées indifféremment par des enseignants, des infirmières scolaires ou par des institutions extérieures à l'Éducation Nationale comme des associations ou les Maisons de l'Adolescent. Elles sont la plupart du temps ponctuelles et limitées aux classes de collège (souvent la 4ème). Selon les experts (Galtier, 2018), l'efficacité dépend de facteurs bien précis :

(d'après F. Lemonnier, (41))

Complet
A composantes multiples, s'adressant aux principaux milieux (par ex famille, pairs) qui ont une influence sur le développement et la perpétuation du/des comportements à prévenir
Au moment approprié
Intervenant suffisamment tôt pour avoir un impact sur le développement du comportement problématique et approprié au stade de développement des destinataires
Mobilisant des méthodes pédagogiques variées
Mobilisant des méthodes pédagogiques qui mettent l'accent sur la prise de conscience et la compréhension du problème de comportement et visent le développement et le renforcement des compétences
A dose/ intensité suffisante
Le nombre de séance, leur durée, leur espacement et la durée totale du programme doivent être suffisant pour produire l'effet attendu et comprendre des séances à distance pour en assurer le maintien dans le temps
Qui favorise des relations positives
Qui permettent aux participants de mieux se connaitre et de développer des relations interpersonnelles positives
Socio culturellement pertinent
Programmes adaptés aux normes culturelles, croyances et pratiques de la communauté et qui s'attachent à inclure les participant dans la planification et l'implantation du programme
Avec du personnel bien formé
Programme mis en œuvre par un personnel compétent qui a reçu une formation suffisante. L'efficacité d'une équipe peut être limitée par un taux important de *turn over* et une adhésion insuffisante au programme
Ancré théoriquement
Les programmes ont une justification théorique, sont basés sur des informations précises et sont soutenus par la recherche empirique

L'efficacité des actions repose sur la simultanéité des niveaux d'intervention et doit s'adresser à l'individu mais aussi à sa famille, à son environnement social, ce qui est rarement le cas. Enfin, les actions devraient être répétées à certains moments-clés de la vie (importance d'une étape comme la grossesse et la maternité par exemple) (41).

Certaines populations spécifiques échappent à la prévention :

- Les enfants les plus jeunes, âgés de moins de 12 ans, qui se livrent à ce que les Anglo-saxons nomment des Comportements Sexuels Problématiques (CSP) (37). Ces enfants sont très souvent stigmatisés par la communauté scolaire qui ne sait pas gérer leur comportement et ils suscitent le rejet des parents d'élèves

Proposition 4 :
Les enfants âgés de moins de 12 ans, qui se livrent à ce que les Anglo-saxons nomment des Comportements Sexuels Problématiques (CSP) sont très souvent stigmatisés par la communauté scolaire qui ne sait pas gérer leur comportement et ils suscitent le rejet des parents d'élèves. Ces enfants doivent bénéficier d'une prévention spécifique. Les parents ou des adultes en charge de leur éducation doivent, sauf exception, y être associés.

- Les mineurs non accompagnés accueillis dans chaque département et relevant de la Protection de l'enfance.

  Ces mineurs arrivent en France avec un vécu traumatique lié à leurs conditions de vie dans leur pays d'origine ou à leur périple. Ils ont des références, une culture, une religion dont il faut tenir compte tout en leur proposant un bilan global intégrant la santé sexuelle, sujet souvent oublié (37).

- Les enfants et adolescents déscolarisés.

  Ils restent souvent ignorés des services sociaux car l'Education nationale ne parvient pas à tous les repérer. Le désœuvrement génère un risque accru de troubles des conduites et de recours à des violences sexuelles.

  La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) paraît la mieux placée pour répondre au besoin de prévention de ce public.

- Le champ du handicap.

Les familles ont besoin d'être informées et associées aux actions de prévention. Celles-ci peuvent prendre différentes formes, avec une prédilection pour celles qui intéressent et font participer le corps.

A titre d'exemple :

Création d'**un groupe « marionnettes »** (37), construction de la marionnette, représentation et nomination des parties du corps, petites scénettes avec les marionnettes évoquant des situations réelles comme la rencontre avec un ou une partenaire, la recherche du consentement…

Des outils éducatifs comme le « **Qu'en dit-on ?** » peuvent être utilisés (dans sa version adulte ou junior) (37).

Autre outil « **Des femmes et des hommes** », programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales (50), il permet aux professionnels de mettre en place des animations visant à accompagner les personnes dans leur épanouissement relationnel, amoureux, sexuel.

Utilisation d'**un*e échelle des degrés d'intimité physique*** suggérant, par un code couleur, des réponses concernant les comportements adaptés ou non, dans différentes situations données (51).

Proposition 5 :
Quel que soit le type de handicap, mental ou sensoriel, l'accent doit être mis sur le développement des compétences psychosociales et de la vie affective et prendre en compte la santé sexuelle.
Il est important de sensibiliser à la santé sexuelle et de former les équipes éducatives exerçant dans les établissements et services prenant en charge les personnes en situation de handicap.
Dans les établissements et services accueillant des personnes présentant des handicaps intellectuels, la formation des équipes éducatives à l'utilisation d'outils adaptés doit être renforcée.
Pour les situations de sexualité problématique des personnes handicapées, on préconise :
1° de travailler sur les représentations des personnes handicapées et de ne pas réduire leur sexualité aux seuls interdits et aux risques (VIH, MST, grossesse)
2° de travailler avec les parents ou la famille sur les représentations de la sexualité et du handicap

La prévention primaire se heurte à d'importantes difficultés depuis l'émergence des nouvelles technologies qui ont permis l'apparition de formes particulières de violences sexuelles comme le cyberharcèlement, le « hameçonnage », ou encore le recours à une plateforme qui permet de simuler un viol virtuel par avatar interposé.

Plus fréquent, le recours à l'exposition à du matériel pornographique dès l'adolescence, constitue une difficulté pour les parents qui ont très peu de moyens pour enrayer le phénomène (26).

Même s'il est compliqué de poser une relation de cause à effet direct entre le visionnage fortuit de pornographie et les comportements sexuels inadaptés, c'est une information que l'on ne peut pas négliger dans la prise en charge des jeunes mais aussi des adultes.

Des psychiatres préconisent un encadrement parental de l'accès aux écrans et aux images en fonction de l'âge des enfants : les conseils sont délivrés aux parents et les guident dans le discernement dont ils doivent faire preuve.

Toutes les mesures de prévention primaire qui ont été décrites par les experts et dans la bibliographie doivent reposer sur l'implication de différents professionnels du champ sanitaire, social et médico-social.

Les programmes scolaires devraient intégrer la notion plus globale de promotion de la santé et aborder la santé sexuelle y compris dans sa dimension de plaisir (49).

Ces programmes devraient s'adosser à d'autres afin d'élargir leur champ d'action : ce pourrait être la lutte contre les addictions, drogue et alcool (41), l'éducation à la citoyenneté et à l'égalité homme/femme. La réflexion sur la question du consentement doit impérativement y figurer.

Si, à l'échelle globale, les hommes sont plus de possibles auteurs et les femmes de possibles victimes, il faut envisager les contextes spécifiques des violences sexuelles subies par des hommes et mises en œuvre par les femmes.

La majorité des stratégies qui se révèlent inefficaces sont des interventions psycho-éducatives brèves (une session) auprès des étudiants et des élèves.

Proposition 6 :
Il faut prévoir des interventions tout au long d'un cursus d'études, primaires et secondaires, sur l'hygiène, hygiène alimentaire, sexualité, prévention des violences, des addictions. Ces interventions doivent reposer sur une pluralité d'intervenants et non uniquement des enseignants (48)

Proposition 7 :
Il faut prévoir et élaborer des programmes de prévention destinés à des publics particuliers : personnes âgées, migrants, lesbiennes, gay, bisexuels et transgenres (LGBT).

Proposition 8 :
Les actions à conduire doivent s'inscrire aux quatre niveaux, individuel, relationnel, communautaire, et sociétal (41).

Proposition 9 :
Il est nécessaire de développer la recherche et l'évaluation permettant de construire des programmes de prévention efficaces (48) et d'y intégrer des recherches sur les facteurs protecteurs (10)

Proposition 10 :
A la différence d'autres formes de violence, la précarité et la déscolarisation ne sont pas reconnues comme des facteurs de risque. Il convient d'en mesurer plus précisément l'importance afin de promouvoir éventuellement des campagnes de prévention spécifiques.

Proposition 11 :
Pour les acteurs potentiels, il est important de développer et faire connaître des lieux ressources, services et associations proposant une permanence téléphonique ou un accueil.

La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 insiste sur la nécessité de modifier les représentations sociales et sociétales, et surtout de lutter contre « la culture du viol » (40).

Proposition 12 :
La modification des représentations sociales doit également concerner les auteurs de violences sexuelles. Il serait judicieux de bannir du vocabulaire le terme de « castration chimique » pour le remplacer par un terme simple et non stigmatisant (par exemple « traitement anti-hormonal »).

La prévention secondaire

Elle concerne les mesures prises APRES la survenue de la violence sexuelle et s'adresse donc en priorité aux victimes, négligeant le plus souvent les auteurs. Pourtant, le dévoilement des faits va mettre en évidence l'existence d'un ou de plusieurs auteurs et nécessitera également de leur apporter une aide.

En cas de violences sexuelles intrafamiliales, il faut s'intéresser à la victime comme à l'auteur.

Les enquêteurs judiciaires, tenus au secret de leurs investigations, n'interviennent que tardivement pour appréhender l'auteur présumé des faits. Dans l'intervalle les familles souffrent.

Les révélations, si elles fragilisent la victime, ont souvent le même impact sur l'auteur, avec un risque suicidaire réel, risque encore plus prégnant s'il s'agit d'un mineur. Il existe très peu de structures spécialisées dans la prise en charge de ce public alors qu'on sait qu'il est en nette augmentation.

Proposition 13 :
Il serait nécessaire d'augmenter le nombre et la visibilité des structures qui prennent en charge les mineurs auteurs de violences sexuelles.

Pour éviter les passages à l'acte de la part d'auteurs potentiels, l'expérience menée par la Fédération des CRIAVS intitulée « Réseau Ecoute Orientation » est pertinente. Elle s'adresse aux personnes présentant des fantasmes et/ou des comportements sexuels problématiques ainsi qu'à leur famille (47).

Proposition 14 :
L'expérience de réseaux d'écoute devrait être évaluée et développée au niveau national en vue de proposer un numéro d'appel unique.

Proposition 15 :
Un bloc important de la prévention secondaire concerne les violences sexuelles commises sur les adultes avec une nette majorité de violences faites aux femmes et notamment dans le cadre des violences conjugales. En cas de violences conjugales comportant des violences sexuelles, l'ordonnance de protection de la victime qui s'applique à l'auteur lui impose un certain nombre d'obligations et d'interdictions. Les victimes par l'intermédiaire des avocats, des associations et des médecins doivent être mieux informées de l'existence de cette ordonnance. Les dispositifs d'aide aux victimes ont un rôle central à jouer dans cette meilleure information.

Il conviendrait également d'évaluer les groupes de parole destinés aux auteurs de ces violences.

La prévention tertiaire

Ce champ de la prévention tertiaire englobe la prise en charge des victimes et des auteurs. Il est centré sur la prévention de la récidive (*voir le chapitre 4 « Prise en charge » du présent rapport*)

Des recherches doivent être menées afin d'identifier les critères sur lesquels se fonde un agresseur pour identifier la vulnérabilité de sa victime ainsi que sur les mécanismes d'emprise.

Proposition 16 :
Il faut développer les recherches sur les facteurs de protection des auteurs et sur les facteurs qui sont de nature à limiter le risque de récidive.

Proposition 17 :
La lutte contre la récidive, se traduit principalement depuis la loi du 17 juin 1998 par le dispositif de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins. Les failles de ce dispositif sont largement évoquées dans le chapitre « Evaluation » du présent rapport. Lors de l'Audition publique, il a été relevé le risque de « psychologisation » excessive des prises en charge au détriment de la satisfaction des besoins socioéconomiques essentiels : obtention d'un emploi et d'un logement stable. Il convient de renforcer l'accompagnement social et socioéducatif dans le cadre de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Depuis 2014, des programmes de justice restaurative ont été mis en place afin de participer à la réparation des victimes et à la prise de conscience des auteurs.

Proposition 18 :
Il serait utile de conduire des recherches-action sur les dispositifs de rencontre auteurs-victimes, afin d'en mesurer la pertinence, et d'en organiser le déploiement en opportunité.

CHAPITRE 3 – EVALUATION

Quelles évaluations pour quel champ, quel objet, quels objectifs?

En matière de violences sexuelles, la problématique de l'évaluation est plurielle dans ses objets, ses finalités et ses acteurs. Il faut distinguer l'évaluation du sujet mis en cause ou déjà condamné de l'évaluation de la prise en charge elle-même.

Quelles évaluations hors expertises d'un mis en cause ou d'un auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours pénal ?

Garde à vue

Examen de l'état de santé

Cet examen médical n'est pas une évaluation au sens strict. Toutefois, l'intervention d'un médecin en garde à vue a été consacrée par la loi n° 93-2 du 4 janvier 1993 (52) portant réforme de la procédure pénale. La demande d'examen médical en garde à vue ne constitue pas une évaluation au sens donné dans ce chapitre.

Il s'agit pour le praticien de se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé de la personne gardée à vue dans sa globalité, c'est-à-dire à la fois physique et psychique. En cas de présence de signes cliniques patents de troubles mentaux laissant supposer au médecin requis une éventuelle incompatibilité de la mesure avec l'état de santé psychique de l'individu, une réquisition distincte devra être délivrée au praticien, lui demandant de se prononcer sur l'opportunité d'une mesure d'hospitalisation d'office. Il convient de noter que l'appréciation de cette compatibilité ne saurait aboutir à ce que le médecin requis se prononce sur une éventuelle aptitude à répondre aux questions posées par les enquêteurs, mission qui relève d'une activité expertale.

Si le cadre législatif est précis, le travail des médecins généralistes intervenant dans le cadre de la garde à vue est en France un travail difficile notamment du fait de la problématique du local dans lequel cet examen est réalisé et de la difficulté ou même de l'impossibilité d'accès au dossier médical ne serait-ce que du simple traitement en cours (53).

Examen psychiatrique

Il est parfois demandé par le parquet à un expert judiciaire un examen psychiatrique au cours même de la garde à vue. Si la pertinence de cet examen par un expert n'est pas remise en cause, la commission d'audition a rappelé que cet examen n'avait pas valeur d'expertise ni d'un point de vue juridique ni d'un point de vue technique.

Evaluation au cours de l'incarcération

Évaluation du risque suicidaire des auteurs

Une évaluation du risque suicidaire systématique pour tous les entrants est portée au sujet mis en cause pour des faits de violences sexuelles. Ceux-ci ont un risque majoré de suicide notamment lors des premiers jours d'incarcération (54).

Evaluation du parcours pénal

De manière générale, parce qu'applicable à tous les détenus condamnés, l'article 717-1 du code de procédure pénale dans sa rédaction issue de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (55), qui a puisé une partie de sa philosophie dans les règles pénitentiaires européennes, énonce que dès leur accueil dans l'établissement pénitentiaire et à l'issue d'une période d'observation pluridisciplinaire, les personnes détenues font l'objet d'un bilan de personnalité.

Un parcours d'exécution de la peine est élaboré par le chef d'établissement et le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation pour les condamnés, en concertation avec ces derniers, dès que leur condamnation est devenue définitive.

Le Centre National d'Évaluation

Créé à Fresnes en 1950, dénommé alors centre de triage, il avait pour mission l'observation et une proposition d'affectation dans un établissement pénitentiaire en début de parcours ; il est devenu Centre national d'observation en 1985 avec pour mission essentielle de formaliser les modalités de prise en charge.

L'entrée en vigueur de la loi du 25 février 2008 (56) relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a fortement modifié le champ d'action du centre en introduisant une nouvelle mission d'évaluation de la dangerosité des condamnés, imposant par là même un changement d'appellation en Centre National d'Évaluation (CNE) en vertu du décret du 31 mars 2010 (57).

Ce service assure deux missions distinctes au titre de l'évaluation pluridisciplinaire des publics condamnés. Il procède aujourd'hui à deux types d'évaluation visant à :

- proposer une affectation en établissement pour peines adaptée à la personnalité des condamnés et à formuler des préconisations de prise en charge dans le cadre de l'élaboration de leur parcours d'exécution de peine.
- déterminer l'existence ou la persistance d'une dangerosité éventuelle chez certains condamnés (très longues peines) dans le cadre de l'examen d'une demande d'aménagement de peine ou d'une mesure de sûreté.

La mission d'évaluation, qu'elle soit de personnalité ou de dangerosité, y est assurée par une équipe pluridisciplinaire. L'évaluation de la personnalité des condamnés dans le cadre de l'élaboration d'un

parcours d'exécution de peine est principalement destinée aux services de l'administration pénitentiaire.

Il a été rappelé, lors de l'audition publique, que plus de 40% des sujets évalués au CNE étaient condamnés pour des faits de violences sexuelles.

Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)

Différents rapports parlementaires ont insisté sur la nécessité d'évaluer la dangerosité des détenus et les risques de récidive au cours de la détention. La formation des Conseillers Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) suit d'ailleurs progressivement cette évolution, tout comme la mise en place des programmes de prévention de la récidive (PPR) datée du 16 juillet 2007 (58).

Ainsi, les personnels d'insertion et de probation construisent, développent et animent des programmes sous forme de groupes de parole qui s'inscrivent dans les parcours d'exécution de peines, tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert.

Il a été relevé au cours de l'audition une évolution des missions des CPIP : la dimension sociale de la réinsertion étant confiée à des assistants sociaux, le personnel du SPIP a une orientation de plus en plus criminologique. Ce personnel est amené à utiliser des outils d'évaluation du risque de récidive à l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays européens ; l'évaluation criminologique n'étant plus en France de la seule compétence des experts.

Quelle évaluation (et sur quels critères) peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours pénal ?

L'expertise pré-sentencielle

Depuis 1994, l'article 122-1 du nouveau code pénal (59) prévoit les expertises psychiatriques de responsabilité pénale. La mission de l'expert, classique, consiste à évaluer si le sujet était, au moment des faits, « atteint d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». Ce cas de figure, appelé communément « expertise pré-sentencielle », est basé entièrement sur une lecture clinique du passage à l'acte. Une telle mission, délicate, peut être menée à bien par une évaluation psychiatrique méticuleuse et complète reposant sur une méthode clinique classique (60).

En ce qui concerne l'injonction de soins, l'article 131-36-4 du code pénal (61) introduit par la loi n°98-468 du 17 juin 1998 prévoit qu'elle peut être prononcée s'il est établi après une expertise médicale que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement. L'expertise peut être pré-sentencielle, dans la mesure où elle éclaire le juge sur la décision de suivi socio judiciaire à prendre (62).

Concernant les mineurs, aucun texte particulier ne vient préciser la nature des investigations à conduire, mais, en pratique, le juge des enfants ou le juge d'instruction chargé du dossier ordonnera généralement, outre les expertises rendues obligatoires par l'article 706-47-1 du code de procédure pénale (63), une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE). La méthode retenue est celle d'une évaluation pluridisciplinaire, permettant d'objectiver la situation en confrontant les analyses. Y participent donc éducateurs, assistants de services sociaux, psychologues et cadres du service et

parfois également des professionnels extérieurs à la protection judiciaire de la jeunesse (pédopsychiatre, conseiller d'orientation...).

Modalités de l'expertise

L'état mental du sujet expertisé doit être apprécié à partir de signes et symptômes. La difficulté est que l'expert doit non seulement apprécier l'état mental du sujet au moment précis de l'examen mais également de façon rétrospective à l'époque des faits, la commission de l'acte étant parfois bien antérieure à la date de l'examen.

Le diagnostic « rétrospectif » doit donc être fait essentiellement à partir de « pièces » à savoir, les éléments du dossier, et notamment les pièces du dossier comme l'interrogatoire de *curriculum vitae*, l'enquête de personnalité et même des témoignages. Il peut être également fait référence à des pièces du dossier médical si celui-ci est porté à la connaissance de l'expert. Il importe donc au rédacteur de l'expertise de bien dire à partir de quels éléments il est capable de porter un diagnostic rétrospectif.

Ce diagnostic rétrospectif est essentiel pour apprécier si à l'époque des faits le sujet présentait un trouble psychique ou neuropsychique susceptible d'altérer ou d'abolir son discernement et/ou le contrôle de ses actes. Ce diagnostic rétrospectif est donc essentiel en matière d'appréciation du niveau de responsabilité du sujet.

Le psychiatre doit évaluer la relation entre l'état mental du sujet et la commission des faits.

L'évaluation de l'état mental au moment de l'examen est également fondamentale car elle permet outre le fait d'apprécier l'évolution d'une pathologie psychique d'évaluer l'accessibilité du sujet à une sanction pénale.

Le résultat doit être donné de façon claire et de préférence en référence à des classifications internationales (DSM 5 (8), CIM 10 (9)).

Il revient à l'expert de préciser comment il établit son diagnostic en listant les éléments de son observation clinique ou recueillis à la lecture du dossier qui lui permettent de retenir par exemple la nature impulsive de la personnalité du sujet ou d'éventuelles hallucinations.

En matière de violences sexuelles, il est également indispensable d'évaluer la « vie affectivo-sexuelle » du sujet comme le proposait déjà J. Aubut en 1982 (64) et comme l'a rappelé R. Coutanceau lors de l'audition publique (65). Cela nécessite un savoir et un savoir-faire et une compétence en sexologie.

Expertise psychologique

L'expertise psychologique permet d'apprécier de façon différente la problématique de l'état mental et notamment grâce à l'aide de tests, soit d'efficience intellectuelle, soit des tests neuropsychologiques, soit enfin des tests projectifs ; il est également possible d'évaluer à l'aide de tests des processus psychiques complexes comme celui de l'empathie (66).

Expertise post-sentencielle

Il peut être demandé à l'expert d'évaluer le risque de récidive du condamné. Il s'agit en fait d'évaluer la dangerosité psychiatrique et criminologique du condamné : « la dangerosité psychiatrique a été définie comme une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale alors que la dangerosité criminologique est un phénomène psychosocial caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens » (67)

En 2007, l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale (31) précisait et différenciait les types d'expertises. « Dans ce protocole (post-sentenciel), l'expertise va devenir un outil de travail partagé ».

Senon et Manzanera (68) proposent en 2006 de distinguer trois niveaux d'analyse clinique attendus dans l'expertise psychiatrique pénale :

- Niveau 1 d'analyse psychiatrique
- Niveau 2 d'analyse psychopathologique du passage à l'acte
- Niveau 3 d'analyse psycho-criminologique, de plus en plus sollicité par le juge quand il s'agit de donner des éléments sur la dangerosité non seulement psychiatrique mais aussi criminologique du sujet et d'évaluer les risques de récidive.

Quels facteurs pour prédire le risque de récidive ?

La connaissance des données permet d'éviter la surinterprétation d'éléments par les psychiatres qui *a priori* font sens dans l'indication d'une injonction de soins mais qui statistiquement s'avèrent nuls. Le déni, la minimisation ou la banalisation de l'acte criminel ne sont pas des marqueurs prédictifs du risque de récidive, tout comme « un manque de motivation [à s'inscrire dans une obligation de soin], et le manque d'empathie envers la victime ne constituent pas non plus un critère majorant le risque de récidive, ni la présence de problématiques psychologiques » ((69), (60)).

La question de l'évaluation du risque figure nécessairement dans les missions d'expertise de pré-libération, car elles constituent un enjeu important et apportent des éléments quant à l'opportunité d'un aménagement de peine ou d'une mesure de sûreté.

L'article 712-21 du code de procédure pénale (70) prévoit à ce titre que lorsqu'elles concernent les infractions violentes ou de nature sexuelle mentionnées à l'article 706-47, les expertises psychiatriques ordonnées préalablement aux mesures d'aménagement des peines [...] doivent se prononcer spécialement sur le risque de récidive du condamné.

Il est possible d'évaluer le risque de récidive en listant les facteurs de risque psychiatriques et criminologiques. On retient des données de la littérature :

Prédicteurs de la récidive sexuelle

Au sein même des auteurs de violence sexuelle, plusieurs profils psycho-criminologiques peuvent se distinguer. Ainsi, les agresseurs sexuels d'enfants ont un taux de récidive globalement inférieur à celui des agresseurs sexuels de femmes. On ne peut donc comparer ces deux groupes de délinquants.

Prédicteurs sexuels généraux

À l'image de ce qui est établi quant à la récidive générale, le premier facteur de risque est représenté par un délit sexuel antérieur. Parmi les récidivistes, les agresseurs sexuels ont plus de condamnations au niveau juvénile pour des infractions sexuelles et sont plus jeunes lors de leur première arrestation. Une entrée précoce dans la carrière judiciaire est donc un élément important à considérer.

Par ailleurs, le profil victimologique est important à connaître. Une victime inconnue est un critère de mauvais pronostic. De plus, une victime de sexe masculin est également un facteur péjoratif plus souvent retrouvé chez les récidivistes.

Concernant le profil clinique et psychopathologique de l'agresseur, un diagnostic de trouble de la personnalité (selon la CIM 10 (9) ou le DSM-5 (8)) est un marqueur fortement associé statistiquement à un risque accru de récidive.

Prédicteurs chez les agresseurs sexuels d'enfants

Il est clairement établi que les agresseurs sexuels d'enfants ont un taux de récidive inférieur aux agresseurs de femmes adultes. Toutefois, au sein de la population pédophile, plusieurs profils différents doivent être distingués. En premier lieu, les agresseurs sexuels d'enfants intrafamiliaux ont des taux de récidive moins élevés que les agresseurs d'enfants extrafamiliaux.

L'orientation hétéro ou homosexuelle est également un critère majeur à déterminer. En effet, il existe un nombre plus élevé de victimes chez les pédophiles homosexuels. Le type de passage à l'acte doit également être étudié. Il est établi un risque accru de récidive lorsque les passages à l'acte sont génitalisés : pénétration digitale, coït, sodomie. Une identification affective avec des enfants doit être recherchée lors de l'entretien clinique. La tendance des sujets à avoir des enfants comme amis, un mode de vie centré sur les enfants, accompagné de conflits avec des partenaires adultes intimes sont des éléments surreprésentés chez les auteurs d'agression sexuelle extrafamiliaux récidivistes.

Prédicteurs et faux prédicteurs

Globalement, plusieurs facteurs de récidive de violence générale sont également validés comme facteurs de risque de récidive de violence sexuelle. Un niveau d'impulsivité pathologique est un élément déterminant. De plus, les récidivistes ont des résultats plus élevés à l'échelle de psychopathie de Hare.

Classiquement, l'évaluation clinique s'attache à caractériser le positionnement du sujet par rapport aux actes commis, à la reconnaissance des faits, à sa motivation à s'inscrire dans une démarche de soins. Ces éléments ne sont pas à prendre en compte dans l'évaluation du risque de récidive : la validité prédictive de ces marqueurs est nulle. Il est même à noter que l'erreur consiste à identifier quelqu'un à risque alors qu'il ne l'est pas, ce que l'on appelle les faux positifs. C'est ce constat pessimiste qui a servi de base à l'élaboration des outils actuariels de prédiction du risque.

L'évaluation de la dangerosité criminologique nécessite ainsi une méthodologie radicalement différente d'une expertise psychiatrique pré-sentencielle.

Il est également possible d'apprécier le risque de récidive à l'aide d'outils standardisés.

Le jugement professionnel non structuré, ou jugement clinique, se base sur une évaluation purement clinique qui, comme nous l'avons vu, a tendance à surévaluer le risque (faux positifs). Le pouvoir d'appréciation y est important et les items choisis n'ont la plupart du temps aucun lien avec le risque de récidive. Plus généralement, il est reproché aux cliniciens de ne pas tenir compte des résultats de la recherche quant aux facteurs prédictifs du risque de récidive. La reconnaissance des faits par un condamné, le déni ou le peu de considération manifestée envers la victime ont longtemps été, ou sont encore parfois considérés à tort comme des facteurs de risque de récidive (71).

À la suite des critiques portant sur les évaluations non structurées, plusieurs équipes de psychiatres et de psychologues ont développé des méthodes pouvant permettre une évaluation aussi scientifique que possible du risque que peut représenter un individu. Ainsi sont nées les méthodes actuarielles, le terme actuariel fait référence à une méthode des sociétés d'assurance visant à faire l'évaluation d'un risque sur la base de données objectives et codables de façon préétablie. (72).

Pour les auteurs de violences sexuelles, il existe de nombreux instruments. Nous pouvons citer notamment la Statique-99 (73) et la SORAG (74) qui évaluent réciproquement le risque de récidive violente y compris sexuelle et le risque de récidive sexuelle chez des auteurs de violences sexuelles.

Il importe de préciser que certains outils permettent d'évaluer le risque à court terme, à moyen terme ou à long terme (75).

Même si ces instruments d'évaluation standardisée ne sont pas validés pour des populations françaises, ils l'ont été sur les populations francophones en Suisse et en Belgique. Ils apparaissent au moins comme des indicateurs permettant d'évaluer de façon complémentaire à la clinique le risque de récidive. Même si ces échelles et outils standardisés n'évaluent que le risque statistique d'un sujet qui aurait le même profil psychopathologique environnemental que le sujet expertisé, il apparaît pertinent d'enrichir l'expertise à l'aide de ce matériel. Ceci permettra notamment de pouvoir évaluer l'évolution du sujet lors d'une expertise ultérieure.

Il est important de rappeler que ces outils nécessitent un apprentissage et qu'il est préférable de bénéficier de l'éclairage de deux examinateurs.

Proposition 19 :
Si l'utilisation de tels outils devait se systématiser en France, il serait souhaitable de confier l'expertise à une collégialité d'experts ou à une unité spécialisée de psychiatrie légale, et notamment pour les expertises nécessitant une évaluation précise de la dangerosité (expertises demandées par l'application des peines)

Il est important également de rappeler que ces instruments de mesure peuvent également apprécier l'existence de facteurs protecteurs psychopathologiques ou environnementaux. Tel est notamment la finalité de l'outil SAPROF (75).

Outre les échelles, il est possible d'utiliser des instruments standardisés pour mesurer les distorsions cognitives :

- la *Molest Scale* (76), composée de 38 items, pour évaluer les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle d'enfants.
- la *Rape Scale* (76), regroupant 36 items, pour évaluer les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle de femmes adultes (77).

Formation de l'expert

L'Audition publique (31) mentionne le fait que l'expertise psychiatrique est de plus en plus attendue par les magistrats et demeure moins précise quant aux critères qui la constitue : elle inclut « dans les questions posées un ensemble d'items concernant l'évaluation de la dangerosité à venir du sujet, quel que soit son statut psychopathologique. Elle présuppose une évaluation pluridisciplinaire (psycho-criminologique, socio-criminologique, socio-éducative, anthropologique etc.) et surtout une prospective de la prise en charge à venir de la personne ».

Proposition 20 :
Une formation criminologique complémentaire aux outils d'évaluation devrait être donnée aux experts psychiatres réalisant ce type d'expertise spécifique.

Proposition 21 :
Une sensibilisation devrait être faite lors de la formation initiale de tout psychiatre à la méthodologie et aux limites de ces outils.

Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins ? Y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure du point de vue de l'expert et du juge ?

Il est important de rappeler que l'injonction de soins est prononcée du simple fait de la mise en évidence par l'expert d'un trouble mental chez l'expertisé. Elle ne dépend pas de la notion de dangerosité.

Point de vue de l'expert

De l'avis des experts judicaires, nous retenons qu'ils constatent « une augmentation du nombre de mesures d'IS, inutilement nombreuses, qui témoignent d'une excessive prudence », ce qui est relevé dans le rapport d'information de 2012 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel (78).

Toujours de l'avis des experts, nous retenons de façon synthétique, les éléments suivants :

À quel moment doit-on se poser la question de l'injonction de soins ?

- En pré-sentenciel ? La question de l'opportunité d'une injonction de soins ne devrait faire l'objet que d'une réponse très prudente, uniquement dans l'hypothèse où le sujet examiné

reconnaît les faits qui lui sont reprochés (79). Sur ce, en pré-sentenciel, la mise en évidence d'une pathologie mentale peut suffire à conduire le magistrat à prononcer une injonction de soins.
- En post-sentenciel ? Le sujet étant reconnu définitivement coupable, la question de l'injonction de soins peut être à nouveau posée, à différents moments du parcours pénal. Elle est indépendante de l'évaluation de la dangerosité.

Indications, absences d'indications, contre-indications ?

- Les critères d'exclusion de l'injonction de soins : « les experts émettent rarement un avis défavorable au prononcé de l'injonction » (80).
- Maladies psychiatriques avérées : pour les injonctions de soins aux personnes diagnostiquées psychotiques, non reconnues irresponsables, certains soignants, particulièrement en détention, estiment qu'il s'agit d'une contre-indication. Dans la mesure où le dispositif de l'injonction de soins tendrait alors à criminaliser la pathologie mentale - du fait des risques de non-respect de mesures (processus du « revolving door » ou « aller-retour itératifs à la prison »).

« Pourtant, de nombreux thérapeutes considèrent qu'il s'agit d'une véritable contre-indication, car le dispositif de l'injonction contribuerait à criminaliser plus qu'elle ne l'est déjà la pathologie mentale. Il tendrait à supplanter une prise en charge hospitalière ou ambulatoire de droit commun et, du fait des difficultés à respecter ce cadre pénal, alimenterait le processus du « revolving door », sous la forme de plus fréquents allers-retours en prison. Notre étude révèle qu'ils sont effectivement plus souvent absents aux rendez-vous auprès des médecins coordonnateurs et des CPIP. Enfin, des réserves similaires apparaissent au sujet des condamnés atteints de déficiences intellectuelles. Du fait de leurs difficultés de compréhension et de verbalisation, de leurs faibles capacités d'introspection et d'élaboration, ceux-ci seraient difficilement accessibles à une psychothérapie » (30).

Le déni

- Certains auteurs, comme Coutanceau (81) indiquent que « l'accessibilité au suivi suppose un minimum de reconnaissance quant aux faits. On peut distinguer une reconnaissance totale ; une reconnaissance partielle, une reconnaissance indirecte ou implicite (…) ; une négation banalisante (…) ; une négation sthénique (…) ; une négation perverse (…). Seules les trois premières positions relèvent d'emblée d'un suivi médico-psychologique. (…) Toutefois, un groupe de parole est envisageable pour les sujets négateurs, dans un cadre médical ou psychocriminologique. »
- Ainsi, « contrairement à la première école percevant le déni comme un frein majeur à la prise en charge, et amenant à des méthodes de confrontation directe qui mettent à mal l'alliance "thérapeutique" », la deuxième appréhendera le déni comme un facteur de protection n'apparaissant pas comme un obstacle au traitement (82)
- Des échelles anglo-saxonnes du déni ont été développées : des auteurs préconisent ainsi de développer des outils d'évaluation du déni.

Synthèse des indications de l'IS

A fin de simplification, P. Lamothe propose l'algorithme suivant (Lamothe 2018) :

Typologie de comportement, choix d'objet :	**EMPRISE FAIBLE**	**EMPRISE FORTE**
Pervers « polymorphe » **Délinquance associée**	Cueillette sans censure Déviance poly-objet IS±	Pédophilie prédatrice violente Violeur récidiviste IS-
Orientation pédophile **vraie**	Pédophilie « Socratique » Initiation infantile IS+++	Pulsion irrépressible, Stratégie Scénario de maîtrise IS++
Sexualité opportuniste **de proximité**	Inceste de substitution Auteur faible, Emprise inverse par la victime IS+	Inceste tyrannique, Appropriation violente Etats hypomaniaques, harceleurs IS++
Sexualité immature, **pulsionnelle**	Adulte-enfant Déficitaire, Complicité jeux sexuels IS++« Tournante » adolescente, Violence « éclaboussante », sadique primaire (anale, urétrale…)	sans jouissance perverse spécifique à la sexualité IS+++

La levée de l'injonction de soins

- Elle n'a fait l'objet d'aucune étude spécifique.
- La levée est prévue par la loi n°2010-242 du 10 mars 2010.
- Elle est possible mais semble-t-il rarement demandée et rarement obtenue. La levée fait l'objet de rares demandes, apparaissant même pour certains, improbable (80).

- L'objectivation des critères de levée doit se faire sur une évaluation longitudinale de l'évolution du patient/ justiciable.
- La fin de l'IS est le plus souvent acceptée par le JAP lorsque le coordonnateur le demande, peut-être un peu moins quand c'est le médecin traitant qui la pose (83). Selon cet auteur, son arrêt se justifie lorsqu'elle devient « anti-thérapeutique et que son maintien formel signifie qu'on a définitivement réduit le sujet condamné à son acte sans pouvoir être défini par autre chose même clivé ».

Point de vue du juge

De l'audition des magistrats et de la littérature spécialisée, nous retenons les éléments suivants :

Des critères généraux aux décisions de justice

Rappel : Le prononcé de l'injonction exige une expertise médicale préalable indiquant que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement, de sorte que les conclusions de l'expert lient théoriquement le magistrat (80).

Il y a une systématisation du prononcé de l'injonction de soins depuis 2007 (loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs) : il ne s'agit pas tant pour le juge d'argumenter en faveur de l'IS que d'expliciter les raisons pour lesquelles il décide de ne pas y recourir (« sauf décision contraire de la juridiction »).

Malgré tout, en dépit d'une forte incitation, la juridiction de jugement et le JAP restent toujours libres de leurs décisions et peuvent statuer, par décision spécialement motivée, de ne pas prononcer un suivi socio-judiciaire ou une injonction de soins. Le dernier mot revient au juge.

- Dans la pratique :
    - Le prononcé de l'injonction de soins, est quasi systématique lorsque l'expertise médicale mentionne l'intérêt du soin (80). Les experts tendent à valider l'existence de risques de récidive aussi souvent qu'ils recommandent des soins. En conséquence, on observe une quasi-systématisation de l'injonction parmi les condamnés à un suivi socio-judiciaire (80). Si l'on constate un processus sélectif au stade du jugement, les juges de l'application des peines ont tendance à ajouter cette mesure lorsqu'elle n'a pas été prononcée par le tribunal correctionnel ou la cour d'assises (80).
    - Il n'existe pas de critères précis permettant au juge de décider de prononcer ou non une injonction de soins ((80), (84), (85)).
    - Le juge apparaît comme un « synthétiseur des savoirs intermédiaires » (86) à partir des informations qui lui parviennent. Le juge choisit l'expert dans le domaine psycho-criminologique : dans un contexte de pénurie, cette étape s'avère cruciale et constitue une stratégie (87) en fonction de ses attentes, des questions posées (expertises de niveau 1,2 ou 3 (68)), des délais, etc. Les trois raisons principales conduisant à ne pas retenir les conclusions d'un expert sont l'absence de respect des délais, l'inconsistance de l'expertise et le déficit d'argumentation dans la construction de l'écrit (88).

- En pré-sentenciel :

- Les juges d'instruction peuvent poser au médecin expert la question des propositions thérapeutiques au moins initiales justifiant un « traitement » (89).
- Une expertise psychiatrique de « fin de parcours » serait donc tout à fait souhaitable lorsque plusieurs années se sont écoulées entre l'expertise – en général la seule – qui figure dans un dossier criminel, et l'audience (89).

– Le temps du procès :

  - Le temps de l'audience pénale est primordial. Au jugement, les niveaux 1, 2 et parfois 3 peuvent être abordés (90) et se posent également des enjeux d'accès aux soins et de prévention de la récidive, à partir de l'explication des actes.
  - La demande de soins est souvent unanime (et l'IS prononcée) si la culpabilité est acquise (89).

– En post-sentenciel :

  - Le juge est tenté de suivre l'avis de l'expert ((91), (80), (84)) avec un risque de surmédicalisation, de normativité. Il y a une difficulté pour les juges à motiver l'exclusion d'une injonction (88), même en cas d'expertises contradictoires. Ce n'est pas souvent le cas en pratique (80) : même en présence d'une expertise défavorable à une injonction de soins, cette mesure a néanmoins été prononcée dans 75% des cas.

Synthèse

La possibilité de prononcer un suivi socio-judiciaire, et donc une injonction de soins, a été étendue à beaucoup d'autres infractions, et continue à l'être régulièrement (violences conjugales, dégradations par moyens dangereux, mais aussi crimes de sang, enlèvement et séquestration, trafic d'armes… et en dernier lieu aux infractions à caractère terroriste). Le sens initial du suivi socio-judiciaire réservé aux auteurs de violences sexuelles est de ce fait en train de se diluer (89). La motivation de la peine, et donc de l'injonction de soins, doit être dorénavant explicitée par la cour d'assises (89)

Critères de levée de l'injonction de soins

– Aspect légal : la loi modifiée en 2010 permet de mettre fin de manière anticipée à l'injonction de soins ordonnée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (loi n°2010-242), à la suite des préconisations de 2009 (78). La demande de levée ne peut être portée devant la juridiction compétente qu'à l'issue d'un délai d'un an à compter de la décision de condamnation.
– La demande de relèvement est adressée au juge de l'application des peines, qui ordonne une expertise médicale et la transmet à la juridiction compétente avec les conclusions de l'expert ainsi que son avis motivé.
– Après avis du procureur de la République, le juge de l'application des peines peut, après audition du condamné et avis du médecin coordonnateur, décider selon les modalités prévues par l'article 712-8 de mettre fin de manière anticipée au suivi socio-judiciaire comportant une injonction de soins, sans qu'il soit nécessaire de saisir la juridiction de jugement, dès lors qu'il apparaît que le reclassement du condamné est acquis et qu'un traitement n'est plus nécessaire.

- Ainsi, le justiciable peut faire la demande de levée du suivi socio-judiciaire ou d'une partie des obligations comprises dans la mesure, dont l'injonction de soins.
- Procédure de relèvement ou d'allègement de l'injonction de soins : au fil du temps (92), le suivi est effectué de façon allégée ; le suivi socio-judiciaire dans toutes ses composantes tend à être moins contraignant, la fréquence des consultations peut se trouver réduite à l'initiative du praticien traitant et à la connaissance du médecin coordonnateur, au bénéfice du traitement particulièrement attentif qu'appellent certains cas préoccupants. Cette évolution positive ne conduit que rarement à entreprendre une procédure de relèvement ou à ce que cette dernière soit acceptée, du fait d'une incertitude, d'une prudence, ou des mises en cause médiatiques (92). L'évitement de toute prise de risque professionnel, tant du côté des JAP, des CPIP que des médecins coordonnateurs, expliquerait en grande partie l'inexistence de décisions en ce sens, sauf de très rares exceptions (80).
- Il est dommage de ne pouvoir, dissocier la durée du suivi socio-judiciaire, qui après tout peut très bien s'entendre sur une longue durée compte tenu de profils criminologiques inquiétants, et celle de l'injonction de soins initiale (89).

Proposition 22 :
Il conviendrait de pouvoir dissocier la durée du Suivi Socio-judiciaire (SSJ) de celle de l'Injonction de soins (IS).

Proposition 23 :
Une évolution de la législation permettant au magistrat de se prononcer en faveur d'une obligation de soin, ou bien d'une injonction, et ce en fonction de la nature des soins requis par l'expert.

Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours de soin des auteurs ?

Les soins ont un objectif double : le premier est thérapeutique et ne se distingue pas d'une prise en charge psychiatrique classique, le deuxième est de contribuer à la diminution du risque de récidive. Ce deuxième objectif ne doit pas être oublié par les thérapeutes prenant en charge le sujet. Il est donc souhaitable d'évaluer l'évolution du sujet dans ces deux dimensions : celle de son équilibre psychique et celle du risque.

Dans ce contexte de soin pénalement ordonné ou dans un contexte de soin en milieu carcéral, l'action thérapeutique peut être évaluée avec les outils cliniques habituels et peut être facilitée par l'utilisation d'instruments comme le QICPAAS (Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agression Sexuelle) (réservé aux adultes) ou sa version spécifique (pour adolescents). L'effet de la prise en charge en matière de risque de récidive peut être mesuré avec la même méthodologie et les mêmes outils que lors de l'expertise d'évaluation du risque.

Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? (Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ?)

À une époque où il existe une pénurie de moyens et de personnel aussi bien sur le plan expertal que judiciaire et pénitentiaire il serait souhaitable d'avoir connaissance des évaluations réalisées parfois

de façon synchrone par d'autres intervenants afin de limiter les coûts et les redondances et de fait d'améliorer l'efficience du travail de chacun à moyens constants.

Une bonne évaluation n'est possible que si l'évaluateur dispose d'un maximum de données ; données d'ordre cliniques mais aussi sociales. Le recueil des données nécessite un échange entre les professionnels. Ces échanges ne sont pas toujours possibles certaines données étant soumises au secret professionnel et parfois, plus particulièrement, au secret médical.

Si ces échanges ne sont pas possibles sur un plan déontologique, il apparaît en revanche essentiel d'établir un partenariat entre les différents intervenants afin de pouvoir travailler en bonne synergie.

Proposition 24 :
Promouvoir des lieux et temps de rencontre entre les différents intervenants en charge du condamné comme cela a été rappelé à plusieurs reprises lors de l'audition publique de juin 2018.

La problématique du secret professionnel opposable au médecin coordonnateur

Les professionnels impliqués dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, de la santé ou de la justice, sont soumis au secret, qui est un droit, appartenant à des registres différents : secret professionnel, devoir de réserve, devoir de confidentialité, respect de la vie privée. La violation de ce secret expose à des sanctions pénales, civiles ou disciplinaires. La situation spécifique des psychologues est à souligner puisqu'ils ne sont pas soumis légalement au secret en raison de leur profession, mais du fait de lieu d'exercice. Il existe par ailleurs de multiples dérogations légales.

La transmission d'informations dans le cadre des soins pénalement ordonnés

Depuis la loi du 17 juin 1998 et la création de l'injonction de soins, le secret médical est régulièrement débattu au gré des différents projets de loi. En l'état actuel, seule l'injonction de soins est concernée par des dérogations spécifiques au secret médical, ce qui n'est pas le cas de l'obligation de soins ou des soins demandés spontanément par un auteur de violences sexuelles.

Dans le cadre d'une injonction de soins

Plusieurs dispositions existent quant au partage d'informations. Ainsi l'article L.3711-1 du code de la santé publique (92) rappelle que le médecin coordonnateur est chargé « de transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle d l'injonction de soins ».

Ainsi, M.N. Vacheron (93), en 2009, détaillait ce que pouvait recouvrir ces informations, à savoir « un rapport écrit mentionnant le type de mesure de soins ou de surveillance médicale mis en place, la régularité du suivi et, sous réserve du secret médical, tous autres renseignements permettant d'apprécier l'effectivité de l'adhésion de l'intéressé à cette mesure. ». Pour l'auteur donc, le médecin coordonnateur renseigne sur « une évaluation longitudinale de l'impact du soin. Il ne partage pas toutes les informations avec le juge mais sert de médiation entre l'espace judiciaire et l'espace de

soins. Le médecin peut également conclure son rapport par une proposition motivée de modification, de prorogation ou d'arrêt de la mesure de soins ou de surveillance. »

L'article R.3711-10 du code de la santé publique (94) dispose quant à lui que « le juge d'application des peines adresse au médecin coordonnateur la copie des pièces de la procédure utiles à l'exercice de sa mission. Le médecin coordonnateur lui restitue ces pièces lorsqu'il cesse de suivre la personne ».

De plus, l'article L.3711-2 du code de la santé publique (95) apporte plusieurs éléments dans la transmission d'informations entre les différents acteurs de la prise en charge des personnes placées sous injonction de soins. Ainsi le juge de l'application des peines peut-il communiquer « au médecin traitant, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, copie de la décision ayant ordonnée l'injonction de soins. Le juge communique également au médecin traitant, à la demande de ce dernier ou à son initiative, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, copie des rapports des expertises médicales réalisées pendant l'enquête ou l'instruction, du réquisitoire définitif, de la décision de renvoi devant la juridiction de jugement, de la décision de condamnation ainsi que des rapports des expertises qu'il a ordonnées en cours d'exécution de la peine. Le juge peut, en outre, adresser au médecin traitant toute autre pièce utile du dossier. ».

Régis Goumilloux (96) explicitait en 2014 ce que pouvait contenir ces pièces à savoir :

- L'ordonnance de désignation du médecin coordonnateur ;
- Le procès-verbal de notification des obligations de la mesure de suivi socio-judiciaire ;
- Le procès-verbal de l'audition par le juge de l'application des peines ;
- Le jugement ;
- L'ordonnance de mise en accusation, établie par le juge d'instruction ;
- Le réquisitoire, établi par le procureur de la République ;
- Les expertises psychiatriques :
    - Expertise sur réquisition, effectuée au début de la procédure ;
    - Expertise demandée par le juge d'instruction ;
    - Expertise demandée, en fin de peine, par le juge de l'application des peines ;
- L'expertise psychologique ;
- L'enquête de personnalité.

De plus, il indiquait que ce « dossier peut être transmis, en partie ou en totalité, au psychiatre ou au psychologue traitant », et proposait une manière de procéder, notamment par « contact téléphonique. Le psychiatre ou le psychologue peut alors indiquer s'il souhaite recevoir ce dossier (la plupart le souhaitent) ».

L'article L.3711-2 du code de la santé publique (97) autorise la transmission d'informations d'ordre médical des praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant.

Enfin, ce même article impose au médecin traitant de délivrer au condamné, des attestations de suivi à intervalles réguliers, afin que ce dernier puisse justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement de la mesure.

L'article L.3711-3 du code de la santé publique (98) expose quant à lui les cas où les médecins coordonnateur et traitant peuvent être amenés à dévoiler des informations au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation. Ces dérogations portent notamment sur les éléments suivants :

- En cas d'interruption du traitement : le médecin traitant est habilité à en informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation et en avise immédiatement le médecin coordonnateur.
- Lorsque le refus ou l'interruption intervient contre l'avis du médecin traitant : le médecin traitant signale cette information au médecin coordonnateur qui en informe immédiatement le juge de l'application des peines, dans le respect des dispositions relatives au secret médical. Si le médecin coordonnateur est indisponible, le médecin traitant peut alors informer directement le juge de l'application des peines.
- En cas de difficultés survenues dans l'exécution du traitement : le médecin traitant peut en informer le médecin coordonnateur qui est habilité à prévenir le juge de l'application des peines ou l'agent de probation.

À noter que concernant le suivi de l'injonction de soins, le Guide de l'injonction de soins paru en 2009 (79) précise que « le médecin coordonnateur est alerté par le juge de l'application des peines, ou l'agent de probation, d'événements susceptibles d'influer sur l'efficacité du suivi ou l'engagement de la personne (déménagement, changement d'emploi, attitudes ou propos lors des rendez-vous…). De plus, il communique avec les représentants de la justice en tant que de besoin. Il transmet au juge de l'application des peines au moins une fois par an un rapport comportant les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins (lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, ce rapport est adressé au moins deux fois par an). Ce rapport doit dresser un bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins. Le cas échéant, il comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure. Enfin le médecin traitant et/ou le psychologue traitant peut solliciter à tout moment le médecin coordonnateur pour une concertation, une question technique ou une difficulté ».

Des dérogations qui font débat

Bien que la loi ait énoncé le cadre des dérogations au secret médical, certains auteurs ont relevé les difficultés de la mise en pratique de telles dispositions.

Les premières réserves concernant les dérogations au secret médical ont été énoncées dès le début de la mise en place des injonctions de soins. En effet, Aubut J. en 1999 (99) nuançait ces inquiétudes en opposant le fait qu'« il ne s'agit pas de révéler le verbatim des rencontres, mais de faire état des grands mouvements de la thérapie, des avancées et des résistances. La règle essentielle à respecter par ailleurs, est d'en informer le patient, dès le début de la thérapie, de préciser les règles du jeu et d'obtenir son consentement. » ; puis d'ajouter qu' « il ne s'agit pas d'adopter des attitudes draconiennes, mais plutôt d'évaluer chaque situation au mérite et surtout d'être proactif dans le dénouement de situations à risque. Celles-ci ne sauraient être niées ou évacuées au simple nom de confidentialité ».

Ensuite, Dubret G. (100), en 2001, alertait sur les risques d'échanges d'informations entre le sanitaire et le judiciaire, à savoir que « sans confidentialité, la première difficulté sera celle de thérapies vides, de consultations où il ne se passe rien, avec des sujets qui viendront répéter inlassablement que tout

va bien. ». Cependant, l'auteur mettait déjà en avant une nécessité de « trouver une articulation avec les services du tribunal. À terme, il s'agit de mettre en place un travail de « partenariat », et il ajoute que « le premier objectif est donc une meilleure connaissance mutuelle du travail de l'autre : c'est-à-dire de ses possibilités, mais surtout de ses limites ».

Cochez F, Guitz I, Lemoussu P. (101) soulevaient en 2010 quelques questions à ce sujet. En effet, les auteurs soulignent que ces dérogations « rendent la pratique soignante complexe voire antinomique car ce n'est pas en fonction d'un état de santé ou d'une situation, mais d'un cadre, que la dérogation existe ou non » selon que le condamné sera soumis à une injonction de soins ou à une obligation de soins (où les dérogations au secret médical précitées ne sont pas applicables). En outre, les auteurs reviennent également sur les notions de « refus de traitement » et « d'interruption de traitement », réaffirmant que « le médecin ne fait que proposer les soins qui lui semblent les plus adaptés au cas du patient ». Enfin, ils rappellent que « le Conseil national de l'ordre des médecins s'est prononcé contre le partage du secret médical entre médecin traitant et médecin coordonnateur, décision qui s'explique par le fait que le médecin coordonnateur n'est pas considéré comme un soignant ».

Le Guide de l'injonction de soins (79) paru en 2009 réaffirme le caractère absolu du secret, considérant que les médecins et/ou psychologues traitants « n'ont pas à transmettre les informations qui les incitent à entrer en contact avec le médecin coordonnateur ou le juge de l'application des peines […] ils n'ont pas à justifier leur position ou à argumenter leur point de vue ; ils doivent simplement (leur) permettre de réinterroger l'évolution de la personne et les besoins d'accompagnement ou de contrainte ».

Dans le cadre d'une obligation de soins

Définie par le 3° de l'article 132-45 du code pénal (102) et le 10° de l'article 138 du code de procédure pénale (103), l'obligation de soins consiste en l'obligation de « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation ». Une copie de la décision ordonnant ces mesures est adressée par le juge de l'application des peines/juge d'instruction au médecin ou au psychologue qui doit suivre la personne condamnée. Les rapports des expertises réalisées pendant la procédure sont adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge de l'application des peines/juge d'instruction. Celui-ci peut également leur adresser toute autre pièce utile du dossier.

Le Guide de l'injonction de soins (79), sur la question du secret médical et du partage d'informations, précisait que « le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à la discrétion des acteurs de terrain ».

Florent Cochez (101) résumait assez bien cette différence en 2017 en énonçant que « pour faire court, à situation clinique identique, le soignant doit se taire dans le cadre d'une obligation de soins et doit alerter dans une situation d'injonction ».

La transmission d'informations en milieu pénitentiaire

La transmission d'informations en milieu pénitentiaire est un sujet sensible pour l'ensemble des professionnels souvent à l'origine de tensions inter-institutionnelles (104).

La loi du 25 février 2008 (56) met en place l'échange d'informations opérationnelles, de façon symétrique, pour permettre la mise en œuvre des mesures de protection des personnes.

La mise en place de la Commission pluridisciplinaire unique (CPU) dans les établissements intervient en 2010 avec une méthodologie précise (105) (représentation, ordre du jour, etc.) qui est pourtant appliquée de façon très variable selon les institutions. Des auteurs apportent une vive critique en soulignant « une confusion épistémologique redoutable entre le fait indiscutable de la nécessité d'une pluralité d'intervenants…et la généralisation d'une méthode en fait unidisciplinaire », c'est-à-dire « la chambre d'enregistrement des décisions pénitentiaires unilatérales drapées d'une illusion consensuelle » (106).

L'utilisation du logiciel GENESIS, qui est la base de données des personnes détenues de l'administration pénitentiaire, est proposée dorénavant aux professionnels de santé, ce qui pose là encore des problèmes de frontières.

Proposition 25 :
Dans l'utilisation du Logiciel GENESIS, le secret médical doit s'appliquer rigoureusement.

Proposition 26 :
Toutes les informations nécessaires au soin devraient être transmises aux professionnels du soin par l'administration pénitentiaire dès lors qu'elles ne sont couvertes par aucun secret légal.

Le partage d'informations est aussi prévu entre les juges et les établissements scolaires (de façon obligatoire), ainsi qu'avec les personnes hébergeant les mis en examen ou les condamnés en matière criminelle ou sexuelle (de façon facultative).

Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficience de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?

- L'évolution des modèles de traitement spécifiques aux auteurs de violences sexuelles, depuis les modèles explicatifs du passage à l'acte jusqu'aux modèles de réhabilitation, suscite des débats sur la manière de les traiter efficacement (107).
- Des méta-analyses à grande échelle (108) impliquant plus de 20 000 participants ont rapporté des résultats relatifs aux taux de récidive et à leur évolution ; ceux-ci suggèrent un effet significatif du traitement sur la récidive des auteurs de violences sexuelles afin d'orienter les professionnels dans le choix de leurs cibles thérapeutiques.
- Il existe des principes reconnus dans le traitement sous contrainte pénale permettant de réduire le risque futur de récidive auprès des délinquants en général. Ceux-ci sont connus sous le nom des principes du risque-besoin-réceptivité (RBR).
- Une évaluation de l'efficacité thérapeutique des programmes pourrait inclure une évaluation du risque de récidive dynamique – clinique et criminologique des auteurs de violences sexuelles à différents moments de la prise en charge, en fin de prise en charge, voire même après la prise en charge.

- Toutefois, à ce jour il n'existe pas de référentiel professionnel consensuel permettant de guider avec précision l'expert au sujet de l'opportunité ou non de la poursuite des soins dans le cadre d'une mission ordonnée par le juge d'application des peines. Lors de l'audition publique il a été soulevé l'hypothèse que l'injonction de soins pourrait être levée lorsque le risque de dangerosité statistique du sujet expertisé était proche de celui d'un sujet de la population générale.

Proposition 27 :
Il devrait être possible de lever plus facilement l'injonction de soins lorsque l'évaluation du risque de dangerosité du sujet expertisé (et le traitement associé), est proche de celle d'un sujet de la population générale.

CHAPITRE 4 – PRISE EN CHARGE

Le dispositif institutionnel de la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles

La spécificité du dispositif institutionnel de la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles se caractérise par les éléments suivants :

- l'existence d'un cadre juridique particulier constitué, en milieu fermé, par un dispositif d'incitation aux soins et, en milieu ouvert, par la création de l'injonction de soins ;
- une offre de soins psychiatriques et psychologiques renforcée dans certains établissements pénitentiaires fléchés ;
- la mise en œuvre de centres ressources régionaux pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, les CRIAVS, qui assurent une fonction de prévention et une fonction d'animation de réseau et particulièrement du maillage Santé-Justice-Social.

La prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel en détention

Les établissements fléchés

Les travaux cliniques indiquent l'importance, au plan thérapeutique, de proposer des soins rapidement après le début de l'incarcération (109) afin de profiter du réaménagement ouvert par le choc carcéral.

En l'état, au regard des textes existants, l'espace de soins intra-carcéral dédié à la santé en détention est assuré par les services de santé. La circulaire du 30 octobre 2012 a réorganisé le dispositif de soins psychiatriques pour les personnes détenues selon trois niveaux de soins. Les Unités de soins de niveau 1 (USN 1), correspondent aux soins ambulatoires (consultations et activités de groupe). Le niveau 2 inclut une activité d'hospitalisation de jour organisée au sein de l'unité sanitaire. Le niveau 3 porte sur les hospitalisations à temps complet, avec et sans consentement, en milieu hospitalier (les UHSA). Dans le même temps, les anciens SMPR, au nombre de 26, voient leurs rôles évoluer vers une mission de coordination au niveau régional et de formation. Ces différentes structures traitent de toutes les pathologies (psychose, dépression, alcoolisme, toxicomanie, etc.) et ne sont pas spécifiques aux auteurs de violence sexuelle.

En 2008, l'administration pénitentiaire (ministère de la justice) a fléché certaines prisons pour l'hébergement des auteurs d'infractions à caractère sexuel (pour lesquels le suivi socio-judiciaire est « encouru »). Elles sont au nombre de 22, environ une par ancienne région, et sont réparties sur l'ensemble du territoire national. L'offre de soins est davantage financée, par le renforcement des équipes soignantes et/ou par la création des équipes mobiles se déplaçant vers ces prisons. Un protocole entre les ministères de la santé et de la justice, signé le 16 décembre 2011, définit les modalités d'orientation des auteurs de violences sexuelles et les conditions de leur prise en charge.

Il n'existe pas d'équivalent pour les auteurs mineurs d'infraction à caractère sexuel. Ces derniers, comme tout autre auteur mineur de plus de 13 ans condamné à une peine d'emprisonnement ferme

ou de réclusion, peuvent être incarcérés dans un quartier pour mineurs d'un établissement pénitentiaire pour adulte (QM) ou dans un établissement pour mineur (EPM). À leur égard, la démarche de soins est favorisée ou suscitée dès la première détention (110).

Au sein des établissements fléchés, une dotation financière supplémentaire est accordée depuis 2008 aux services sanitaires intervenant dans ces structures. Au total, en 2012, 40 psychiatres intervenaient dans ces établissements, 86 psychologues et 95 infirmiers (78). D'après un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection des services judiciaires (IGSJ) (111), le ratio de psychiatres pour cent personnes écrouées est passé de 0,26 avant renforcement à 0,38 après ces recrutements, tandis que ce ratio était de 0,25 pour les établissements non spécialisés. Ces moyennes masquent cependant d'importantes inégalités territoriales (104). Certaines unités sanitaires ont des difficultés à recruter des psychiatres du fait de la localisation de l'établissement pénitentiaire et manquent de personnel formé. Leur répartition géographique est insatisfaisante, ce qui entrave notamment le maintien des liens familiaux.

L'incitation aux soins

Un dispositif d'incitation aux soins est prévu en détention. Le juge de l'application des peines peut proposer à tout détenu condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru de suivre un traitement pendant la durée de sa détention, si un médecin estime que cette personne nécessite un tel traitement. Dans l'hypothèse où la personne incarcérée a été effectivement condamnée à une peine de suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins, le juge de l'application des peines doit l'informer immédiatement de la possibilité de suivre un traitement (56). Dans les deux cas, le médecin traitant du condamné délivre périodiquement à ce dernier des attestations indiquant si le patient suit de façon régulière le traitement proposé par le juge : elles sont remises par le condamné au juge de l'application des peines. Aucune réduction de peine supplémentaire ne peut être accordée en cas de refus du traitement par le condamné ; il en est de même lorsque le juge de l'application des peines est informé que le condamné ne suit pas de façon régulière le traitement qui lui est proposé (80). Le JAP peut même procéder au retrait (partiel) des réductions de peine légales dans la même hypothèse (art. 72 code de procédure pénale).

Des éléments d'information relatifs au positionnement des personnes détenues peuvent être dégagés à partir d'une recherche empirique récente sur le dispositif de l'injonction de soins (112). En surface, la grande majorité des détenus engagent des soins dès l'incarcération (96% dans l'échantillon). Sur les conseils de leurs avocats, de leurs familles ou de leurs codétenus, les personnes s'adressent aux thérapeutes avant même la condamnation, en détention provisoire, escomptant une plus grande clémence de la juridiction de jugement. De fait, la majorité adopte une posture de soumission passive aux soins. Certains ne se cachent pas du caractère purement utilitaire de leur démarche, d'autres manifestent le peu d'intérêt qu'ils y trouvent. Quelques-uns cherchent à faire bonne figure devant l'expert, les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation ou le juge de l'application des peines, afin de satisfaire aux conditions requises pour l'aménagement de leurs peines.

La continuité des soins en détention et la préparation à la sortie : des exigences mises à mal

En milieu carcéral la coordination de tous les acteurs est essentielle, notamment afin de renforcer la continuité et la permanence des soins - éléments fondamentaux en ce qui concerne les auteurs de

violences sexuelles. Or, les ruptures engendrées par les transfèrements impromptus (pour l'équipe de soins) mettent souvent en péril ces deux critères de qualité des soins psychiques (113).

Moment-clé de l'incarcération, la préparation à la sortie ne semble pas toujours formalisée. La loi prévoit l'intervention du médecin coordonnateur avant la libération (pour les personnes qui sont soumises à une injonction de soins). Mais cette exigence n'est pas toujours réalisable – notamment si le détenu change de ressort de juridiction à sa libération (114).

Une fois libérés, nombre de condamnés éprouvent des difficultés pour poursuivre les soins en milieu ouvert (104). Des centres médico-psychologiques (CMP) sont parfois dans l'incapacité d'offrir des prises en charge avant plusieurs mois. Certains refusent le public estampillé « justice », d'autres exigent une lettre de motivation à des condamnés qui, par définition, ne sont pas demandeurs et, pour certains, incapables de les écrire. Les soignants vivent difficilement l'accueil de publics qui ne se cachent pas toujours d'une démarche purement opportuniste, de leur désintérêt pour une réelle démarche thérapeutique, ou qui n'adoptent pas le discours ou les attitudes attendues d'un « bon patient », censé manifester sa souffrance. Des contre-attitudes de rejet en découlent, avec le déploiement progressif d'une suspicion ciblant l'ensemble de la clientèle pénale, quand bien même certains condamnés manifestent un véritable désir d'accompagnement. D'autres obstacles à la prise en charge résultent de l'inadéquation du principe de sectorisation pour ce public, car les conditions de logement des condamnés sont souvent précaires et instables.

Face à ces difficultés sur le plan de l'accès et de la continuité des soins, la création de consultations spécialisées assurées par les thérapeutes exerçant en détention est mise en œuvre. Des psychiatres et psychologues poursuivent régulièrement leurs prises en charge en milieu ouvert, surtout pour les publics qu'ils jugent « incasables », parce qu'ils ont eux-mêmes rencontré des difficultés durant leur suivi et/ou anticipent de vraisemblables refus de leurs confrères. Cette continuité présente un réel avantage pour les personnes condamnées, qui se voient épargner d'avoir à répéter leur histoire et les infractions commises. En 2011, toutefois, les inspections générales chargées d'évaluer le dispositif de l'injonction de soins précisaient, tout en recommandant ce type de consultations, qu'une organisation de ce type ne pouvait « être systématiquement préconisée » - leur existence étant révélatrice « de la part des centres de droit commun de lacunes qu'il s'agit de combler » (111).

La prise en charge des auteurs de violence sexuelle en milieu libre : l'affaiblissement du dispositif de l'injonction de soins

Les mutations de l'injonction de soins : du soin à la sécurité

Les soins pénalement ordonnés ont été textuellement introduits dans les années 50, à l'encontre des personnes toxicomanes et des alcooliques dangereux pour autrui. En pratique, ils ne sont apparus qu'à la fin de cette décennie, avec l'avènement du sursis avec mise à l'épreuve et de l'obligation de soins. Le prononcé d'une obligation de soins ne suppose aucune expertise psychiatrique ou médico-psychologique préalable. Il ne définit pas non plus des relations spécifiques entre les acteurs judiciaires et sanitaires, notamment sur le plan de l'échange d'information.

Il en est tout autre avec le dispositif de l'injonction de soins, créé en 1998 avec l'apparition de la peine de suivi socio-judiciaire. Précédée de plusieurs rapports associant des responsables politiques, des universitaires, des professionnels de la justice et de la santé (115), la loi du 17 juin 1998 relative à la

prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a instauré en effet un suivi thérapeutique bien plus serré qu'une simple obligation de soin.

Le suivi socio-judiciaire est une peine dont l'objectif affiché était, originellement, de prévenir la récidive pour les délinquants sexuels. Ce nouveau système de sanction crée un type de suivi obligatoire qui prend effet à la sortie de la détention. Initialement prononcé par les juridictions à l'encontre des seules personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel, le suivi socio-judiciaire consiste à soumettre le condamné, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée fixée par la juridiction de jugement, à des mesures d'assistance et de surveillance destinées à prévenir la récidive.

Le suivi socio-judiciaire peut être assorti d'une injonction de soins. Celle-ci consiste dans la désignation par le juge de l'application des peines d'un médecin coordinateur choisi sur une liste départementale de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation spécifique. Ce médecin est chargé d'inviter le condamné à choisir un médecin traitant et, si celui-ci en fait la demande, de le conseiller. Si la personnalité du condamné le justifie, le médecin coordonnateur peut inviter celui-ci à choisir, soit en plus du médecin traitant, soit à la place de celui-ci, un psychologue traitant ayant exercé pendant au moins cinq ans. Le médecin coordonnateur transmet également au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation, les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins. Le médecin traitant peut obtenir, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, les copies des pièces du dossier de procédure. Il délivre des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de permettre au condamné de justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement de son injonction de soins. Il a aussi la faculté d'informer directement le juge de l'application des peines de l'interruption du traitement.

L'injonction de soins a la particularité d'instaurer une articulation entre la Justice et la Santé. D'abord avant la condamnation, en subordonnant son recours à une expertise psychiatrique préalable concluant à l'opportunité de ce dispositif, et après la condamnation, via l'intervention d'un médecin coordonnateur et d'un praticien traitant (médecin et/ou psychologue). De fait, les soins pénalement ordonnés reposent sur l'intervention de plusieurs institutions - justice, santé et travailleurs du social - , dont l'alliance doit conduire à la concrétisation d'un processus d'accompagnement. Dans cette perspective, un *« Guide de l'injonction de soins »,* a fait l'objet d'une publication conjointe du ministère de la Santé et du ministère de la Justice (79).

Le dispositif, sous l'effet d'au moins huit lois postérieures, va être considérablement modifié : dans son champ d'application, dans sa durée, mais également dans son régime d'exécution. Le législateur permet désormais son prononcé pour une vingtaine de crimes ou délits. Il prolonge également la durée du suivi socio-judiciaire qui peut atteindre, au-delà du droit commun et sous réserve d'une décision spécialement motivée, 20 ans en matière délictuelle, 30 ans pour les crimes punis de 30 ans de réclusion, voire être perpétuel en cas de crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Les conditions de mise en œuvre de l'injonction de soins sont également modifiées. Si celle-ci ne pouvait être prononcée, à l'origine, que dans le cadre d'un suivi socio judiciaire, elle peut dorénavant l'être, depuis la loi du 10 août 2007 « renforçant la lutte contre la récidive des mineurs et des majeurs » dans le cadre d'une libération conditionnelle ou d'une mesure de sûreté, et depuis la loi du 25 février 2008, dans le cadre d'une surveillance de sûreté ou d'une rétention de sûreté. En outre, à chaque fois que le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise psychiatrique a confirmé la pertinence d'une injonction de soins, le principe posé est désormais d'imposer celle-ci : pour y déroger, le juge devra spécifiquement en décider autrement en le motivant.

Ces évolutions surviennent dans un contexte d'asphyxie des services de prise en charge. La France manque de praticiens, qu'ils soient experts, médecins coordonnateurs, relais ou traitants. 465 experts psychiatres étaient inscrits sur les listes des Cours d'appel en 2014 (537 en 2012, 800 en 2007) (116). Du fait de l'augmentation parallèle du nombre d'expertises ordonnées (149 % entre 2002 et 2009), le ratio annuel est passé de 61 expertises par expert psychiatre en 2002 à 151 en 2009. Dans plus de la moitié des juridictions, les injonctions de soins ne peuvent être mises en place de façon satisfaisante faute de professionnels qualifiés. On dénombrait 237 médecins coordonnateurs au premier septembre 2011, très inégalement répartis sur le territoire (78). 17 départements en étaient dépourvus début 2012 (32 en 2010), de sorte qu'une loi de programmation de 2012 évaluait à 1 750 le nombre de mesures non exécutées, soit plus de 30 % des mesures alors en cours.

L'extension continue du champ d'application du suivi socio-judiciaire, jointe à la pénurie chronique des moyens, ont perturbé le fragile équilibre construit en 1998.

En 2012, un rapport d'information parlementaire permet de mesurer l'état du changement (78). Il rappelle que le suivi socio-judiciaire, tel qu'il a été créé et modifié par le législateur, était intimement lié au soin - le suivi socio-judiciaire étant analysé comme une mesure « judiciaire et si nécessaire médicale ». Il s'agit alors, en 1998, selon le rapporteur du texte au Sénat, Mr Jolibois, « d'augmenter " l'ombrelle pénale " sur les auteurs d'infractions sexuelles », pédophiles en particulier. Dans ce cadre, l'injonction de soins est accessoire et facultative, et ne peut être prononcée que si une expertise médicale établit la réceptivité et l'accessibilité de la personne condamnée à un traitement médical, psychiatrique ou psychologique.

Le rapport d'information constate que la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive a modifié de façon substantielle la philosophie même du suivi socio-judiciaire. Désormais, l'injonction de soins accompagne de façon systématique le prononcé d'un suivi socio-judiciaire, « sauf décision contraire de la juridiction ». Certes, en droit, la juridiction peut toujours écarter l'injonction de soins. Mais dans les faits, les magistrats y dérogent assez peu (78).

C'est également ce que semblent suggérer les statistiques, même partielles et insuffisantes, qui sont disponibles. Le rapport conjoint de l'inspection générale des services judiciaires et de l'inspection générale des affaires sociales de mars 2011 (111) évoque une « pauvreté de la production statistique disponible ». Le rapport insiste sur l'idée « qu'il serait indispensable que les instruments statistiques soient disponibles, nationalement et localement, pour adapter les moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'injonction de soins ». Selon ce rapport, le nombre estimé de personnes sous injonction de soins variait en 2011, entre 3800 et 7800. Il indique que l'injonction de soins est prononcée dans 66 % des cas par la juridiction de jugement. Bien souvent, l'injonction de soins est d'ailleurs la seule obligation prononcée par la juridiction de jugement, qui focalise toute son attention sur ce dispositif et laisse le soin au juge de l'application des peines d'adapter le contenu du suivi socio-judiciaire en tant que tel.

« De fait, mentionne le rapport d'information (111), *certains acteurs du monde judiciaire déplorent le caractère automatique du prononcé d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. En effet, l'ensemble des interlocuteurs de la mission estiment que certains auteurs d'infractions, même à caractère sexuel, ne présentent pas de troubles de la personnalité ou du comportement, mais nécessitent seulement un suivi de type éducatif (…) Il est vrai que la pression des médias et de la société civile, comme l'existence d'expertises psychiatriques concluant trop facilement, pour les mêmes raisons, à la nécessité de soins, peuvent avoir pour effet de limiter le prononcé de suivis socio-judiciaires non assortis d'une injonction de soins. »*

Le dispositif de l'injonction de soins : une efficacité en question

À l'initiative de la Fédération française des Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAVS) et de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), un projet commun de collecte des informations détaillées sur l'injonction de soins a été lancé(117). Afin de mener à bien cet objectif, une base de données détaillée et recensant les injonctions de soins en cours sur une grande partie du territoire français a été créée à partir des dossiers centralisés par les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Cette base recense actuellement des informations détaillées sur près de 1900 adultes qui étaient sous injonction de soins au 15 avril 2017. Il est important de préciser qu'il ne s'agit pas d'un recensement exhaustif du nombre de personnes sous injonction de soins au 15 avril 2017 mais de l'étude d'un échantillon représentatif.

Le travail mené a permis de mettre en évidence les caractéristiques des personnes sous injonction de soins, de décrire les infractions à l'origine du prononcé de cette peine et d'analyser l'application de cette mesure (sa durée et son suivi). Si la base de données n'a pas permis de savoir si l'injonction de soins était efficace ou non, elle a notamment permis de relever l'existence de difficultés récurrentes, révélatrices de l'essoufflement du dispositif.

Il a été relevé qu'il n'existait pas d'harmonisation ni de consensus pour justifier de l'opportunité d'une condamnation à une injonction de soins. Il n'a, en effet, pas été rare d'observer que pour un même individu, certaines de ses caractéristiques justifiaient pour un expert psychiatre qu'il puisse être apte à suivre des soins, et pour un autre, en raison de ces mêmes caractéristiques, non. Au sein de cet échantillon sous injonction de soins, dans 16 % des dossiers pour lesquels il y avait plus d'une expertise psychiatrique, celles-ci étaient contradictoires.

L'absence de continuité des soins entre la détention et le dehors a également été pointée. L'information selon laquelle la personne a suivi des soins en détention ou non étant absente des dossiers dans plus de 40 % des cas. Au surplus, alors même que la mise en place et le suivi de l'injonction de soins mobilisent un nombre important d'acteurs judiciaires et sanitaires, il a été constaté une absence de communication entre certains acteurs : dans les dossiers étudiés, le médecin coordonnateur n'a, par exemple, que très rarement de lien avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation. Ces difficultés sont intervenues dans un contexte de manque de connaissance de la nature des soins pénalement ordonnés – de nombreux conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et certains magistrats utilisant de manière indifférenciée des termes (obligation de soins, injonction de soins, injonction thérapeutique) renvoyant à trois dispositifs distincts dont la forme et la mise en application diffèrent.

Par ailleurs, une recherche empirique récente a été menée, associant des juristes et des sociologues (80). Entre 2014 et 2017, l'équipe a constitué et étudié un échantillon fondé sur la consultation des dossiers d'un SPIP au sujet de 99 condamnés à un suivi socio-judiciaire (SSJ). Cette étude a également servi de phase exploratoire préalable à la réalisation d'une recherche quantitative et qualitative de plus grande envergure (environ 2500 dossiers judiciaires traités dans six juridictions), cette fois consacrée à l'ensemble des soins pénalement ordonnés (118).

Les résultats de cette recherche – joints aux études françaises et internationales disponibles – permettent de dégager d'importants enseignements ((30), (119), (120), (85), (121)).

Ainsi, la notion de soins pénalement ordonnés semble désormais être acceptée. Nombre de praticiens ne considèrent désormais plus la contrainte comme un obstacle à l'émergence d'un véritable investissement. Les thérapeutes qui ont porté la philosophie de l'injonction considèrent que ce dispositif permet de répondre aux spécificités psychopathologiques des auteurs de violences sexuelles (122) - un public généralement peu demandeur, peu motivé pour engager des soins, peu disposé à l'introspection et à la parole. Beaucoup percevraient alors la recommandation de soin comme un jugement, comme l'apposition d'un stigmate qui les assimilerait à des « fous ». L'injonction permet alors de « *leur économiser une demande* » qu'ils ne seraient pas en mesure de formuler eux-mêmes. Le dispositif est perçu comme un « *pari* » destiné à produire un « *déclic* », deux termes qui sont régulièrement revenus dans les propos des praticiens entendus dans la recherche précitée (80). Parfois qualifié de « pré-thérapeutique », l'aménagement d'un premier espace de rencontre vise à dépasser la contrainte pour progressivement « *créer le besoin* » (113).

En revanche, des controverses restent bien présentes, liées aux finalités assignées à l'injonction de soins.

Les finalités de l'injonction de soins : des attentes différentes selon les acteurs

Pour les professionnels de santé, le soin oscille entre une logique de « cure » et de « care » en l'absence de véritables « maladies » qu'il conviendrait de « guérir » ou de traiter. Par le biais d'un étayage psychologique, il s'agit d'accompagner le condamné pour qu'il développe des capacités d'introspection et de réflexion quant aux troubles qui l'affectent, mais aussi pour qu'il puisse exprimer ses blessures personnelles.

Les magistrats, les CPIP, les experts et les médecins coordonnateurs qui s'approprient leurs missions d'auxiliaires de justice placent, quant à eux, la thérapie au service de la prévention de la récidive. Il est attendu qu'elle génère un engagement réflexif du condamné sur le sens, les motivations, les causes et les conséquences de son passage à l'acte, afin qu'il développe de véritables sentiments de culpabilité et d'empathie envers sa victime. Le soin est censé « *transformer réellement, et en profondeur, le rapport du sujet à son acte, à sa culpabilité, à la victime et à sa peine* » (113).

Sans pour autant y être insensibles, bon nombre de thérapeutes refusent au contraire d'en faire la priorité de leur intervention, avec pour justification le souci de ne pas dénaturer le sens du soin. Cette mise à distance des infractions commises et du cadre pénal n'est pas nécessairement comprise par les acteurs judiciaires.

Pour ces derniers, au surplus, l'injonction de soins ne poursuit pas qu'une vocation thérapeutique. Beaucoup envisagent ce dispositif comme un instrument de surveillance médicale superposable au contrôle des institutions pénales.

Le rôle des médecins coordonnateurs au cœur des tensions interprofessionnelles

Si des dissensions entre acteurs judiciaires et sanitaires sont apparues dès les premières formules d'accompagnement médico-social des personnes placées sous main de justice, la multiplication des soins pénalement ordonnés et les évolutions du cadre juridique de l'injonction attisent les tensions interprofessionnelles.

Le rôle et les missions du médecin coordonnateur sont en première ligne. Ce nouveau « *passeur de frontières* » (123) devait favoriser une articulation raisonnée des pratiques, mais aussi des finalités concurrentielles assignées à l'injonction de soins. Il devait garantir une juste délimitation des champs d'intervention respectifs des magistrats, des CPIP et des soignants. Ces derniers, sans exclure toute communication institutionnelle, espéraient s'extraire des attentes du système pénal, notamment se dégager des interrogations des agents de probation sur le déroulement de la thérapie - ceux-ci ayant désormais pour seul interlocuteur le coordonnateur.

De fait, les agents de probation et les magistrats appréhendent le médecin coordonnateur comme un interlocuteur leur permettant d'accéder au dispositif de soins. Dans ce contexte, les médecins coordonnateurs éprouvent des difficultés de positionnement (111). Les échanges qu'ils établissent avec les thérapeutes d'un côté, les acteurs judiciaires de l'autre, se résument essentiellement au signalement et à la gestion des défaillances du condamné. Peu investissent leurs missions de conseil et d'appui auprès des thérapeutes qui le souhaiteraient. Si les acteurs du champ pénal attendaient beaucoup de leurs rapports pour mesurer, au-delà de l'assiduité formelle, l'investissement et l'évolution du condamné dans la thérapie, ces écrits professionnels sont de qualité variable, et parfois très pauvres. De nombreux médecins coordonnateurs se contentent d'attester du respect formel de l'injonction de soins, et de la présence aux rendez-vous du thérapeute comme des leurs.

Les acteurs judiciaires s'expliquent généralement l'indigence des rapports transmis par les résistances des thérapeutes, qui refuseraient de révéler la moindre information qualitative au médecin coordonnateur. Comme l'indiquent les inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des services judiciaires (IGSJ), certains JAP jugent donc la coordination santé-justice « *insuffisante* », car ils n'ont pas de *« lisibilité sur la nature du suivi des soins en rapport avec l'infraction commise, et l'investissement des personnes détenues, de sorte qu'ils estiment ne pas être en mesure de prendre des décisions suffisamment éclairées, lorsqu'il n'y a pas d'expertise »* (104).

Ces incompréhensions s'inscrivent dans un contexte d'incertitudes professionnelles sur la portée du secret médical. De nombreux magistrats et CPIP sont en effet persuadés que les thérapeutes sont déliés du secret médical vis-à-vis du médecin coordonnateur – alors même qu'en réalité ce médecin ne se trouve pas en situation de « secret partagé » avec le thérapeute[2].

Par ailleurs, à entendre de nombreux magistrats et conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, les informations qu'ils sollicitent ne tomberaient pas sous le coup du secret dès lors qu'ils ne sont pas en demande d'éléments sur une éventuelle pathologie ou sur le diagnostic, mais sur l'évolution de la personne, sur la fréquence du suivi, sur les conditions de prise en charge sanitaire à la sortie pour ce qui concerne le milieu fermé. Or, si les représentations et les pratiques ne sont pas homogènes, la plupart des soignants rappellent au contraire le caractère général et absolu du secret, particulièrement lorsqu'ils exercent en détention. Les thérapeutes justifient leur silence par la crainte de perdre le lien difficilement établi avec les patients qu'ils prennent en charge, de passer à leurs yeux pour des délateurs.

[2] En 2001, le jury de la conférence de consensus précitée a précisé qu'il n'appartenait qu'au médecin coordonnateur, ou à l'expert en cas d'obligation de soin, de fournir au juge une évaluation de « *l'effectivité* » des soins et de « *l'évolution* » de la personne. Le médecin coordonnateur *« est chargé d'une évaluation longitudinale de l'effectivité des soins. Outre les expertises déjà réalisées, il n'aura d'autres informations cliniques sur la personne que celles qui résultent de ses propres examens. Il n'est pas en situation de secret partagé avec le médecin traitant* ».

Les thérapeutes déplorent également que certains conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, sous la pression des juges de l'application des peines, continuent de réclamer des attestations aux condamnés, voire de les contacter aux fins de vérification, deux tâches qui incombent exclusivement au médecin coordonnateur (80).

Face à ces difficultés, des dispositifs locaux tentent d'apporter des réponses organisationnelles. À Grenoble, notamment, des réunions entre les acteurs se tiennent au tribunal de grande instance, sous la double égide du Centres Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) et du tribunal. Elles réunissent les acteurs concernés de la justice (principalement les juges de l'application des peines), de l'accompagnement (SPIP) et du soin, ainsi que les médecins coordonnateurs. De cette expérience, est née un modèle intitulé « Maillage Santé-Justice-Social » (MSJS). Ce modèle repose sur le concept de l'intercontenance – qui suppose que chacun des trois cadres de références (santé, justice, social) vienne garantir aux deux autres leurs actions et ne puisse avoir une prééminence sur les autres (113).

Les attentes des personnes condamnées

Les attentes des condamnés doivent également être interrogées. Des indications sont apportées sur ce point dans la recherche menée en 2017. Bien qu'ils espèrent généralement « tourner la page » à leur sortie de détention, au motif d'avoir « *payé leur dette* » envers la société, les condamnés ont souvent le sentiment d'être constamment ramenés à ce qu'ils ont fait, à ce qu'ils ont été, sans jamais pouvoir complètement se tourner vers l'avenir, ou ne serait-ce que se concentrer sur leurs difficultés du quotidien. Durant des années, ils seront en effet questionnés à d'innombrables reprises sur le passage à l'acte à l'origine de la condamnation, par des CPIP, des JAP, des médecins coordonnateurs, mais aussi des thérapeutes. Sans compter le *turn over* des CPIP, des JAP et des soignants en détention. Plus de la moitié des condamnés de l'échantillon étudié ont en effet connu un changement de thérapeute pendant le suivi en milieu ouvert (57%), un sur quatre plusieurs fois (26%), six au moins trois fois. Près d'un tiers a connu un ou plusieurs changements de médecins coordonnateurs (30%). Chaque renouvellement de référent, au niveau judiciaire comme sanitaire, oblige le condamné à répéter sa trajectoire biographique, familiale, sociale et pénale.

Outre l'« *usure* » induite par cette répétition des récits de vie, les condamnés doivent jongler entre les attentes contradictoires de leurs divers interlocuteurs, notamment lorsque l'autorité judiciaire réclame des attestations que leurs thérapeutes n'acceptent pas toujours de délivrer à la fréquence demandée. Dans plusieurs des dossiers étudiés au terme de la recherche précitée, ils décrivent dès lors aux professionnels qui les interrogent des sentiments d'« *épuisement* », un « *vécu de contraintes sans fin* », de « *désespoir avec l'impression que tout est organisé autour [d'eux] pour [leur] rappeler avant tout ce qu'ils ont fait et l'impression que cela ne s'arrêtera jamais* » (extraits de rapports de médecins coordonnateurs).

En outre, le cumul d'un contrôle judiciaire et médical n'est pas sans incidence sur la (ré)insertion sociale des condamnés. Sur un plan matériel, ceux-ci doivent s'organiser pour rencontrer régulièrement de multiples interlocuteurs (thérapeute, médecin coordonnateur, CPIP, JAP, services de police en cas d'inscription au FIJAIS), ce qui complique leurs autres démarches sur le plan social et professionnel, pourtant au moins aussi essentielles (emploi, logement, etc.).

L'évolution des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)

Structures de service public issues de deux circulaires (DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006 (39) et DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 08 août 2008 (124), les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) ne sont pas des effecteurs de soins. Il existe toutefois dans la circulaire du 8 août 2008 une possibilité d'implication directe des CRIAVS dans les soins « *en matière de prise en charge adaptée des patients, notamment les cas les plus complexes* ». C'est une orientation déjà adoptée et développée par un petit nombre d'entre eux (Bordeaux, Lille, Montpellier).

Au regard de la complexité de certains patients ou de difficultés rencontrées par les auteurs des violences sexuelles lors de leur remise en liberté comportant une injonction de soins, l'évolution des missions des CRIAVS en vue d'une véritable implication dans le processus de soins est envisagée ((114), (29)). Débattue depuis de nombreuses années (111), elle reste plus que jamais d'actualité.

Une autre voie de prise en charge des auteurs de violences sexuelles : la justice restaurative

Elle implique l'engagement des membres de la société civile. Abordée dans la Conférence de consensus sur la prévention de la récidive (4) de 2013, la Justice restaurative est inscrite dans la loi française depuis l'été 2014 (125).

La loi dispose en effet que les victimes et les auteurs d'infractions pénales peuvent se voir proposer, « *à l'occasion de toutes procédures pénales et à tous les stades de la procédure, y compris lors de l'exécution de la peine* », une mesure de Justice restaurative.

Il s'agit de « *toute mesure permettant à une victime ainsi qu'à l'auteur d'une infraction de participer activement à la résolution des difficultés résultant de l'infraction, et notamment à la réparation des préjudices de toute nature résultant de sa commission. Cette mesure ne peut intervenir qu'après que la victime et l'auteur de l'infraction ont reçu une information complète à son sujet et ont consenti expressément à y participer. Elle est mise en œuvre par un tiers indépendant formé à cet effet, sous le contrôle de l'autorité judiciaire ou, à la demande de celle-ci, de l'administration pénitentiaire. Elle est confidentielle, sauf accord contraire des parties et excepté les cas où un intérêt supérieur lié à la nécessité de prévenir ou de réprimer des infractions justifie que des informations relatives au déroulement de la mesure soient portées à la connaissance du procureur de la République.* » (art. 10-1 du CPP).

En mars 2017, une circulaire (126) est venue préciser les modalités d'application. En l'état, les dispositifs mis en œuvre restent embryonnaires.

La restauration implique que la réponse apportée au délit permette, dans la mesure du possible, d'engager un processus de réparation. Il suppose, d'une part, que les auteurs d'infractions soient amenés à prendre conscience des conséquences de leurs actes et qu'ils puissent et doivent en assumer la responsabilité ; il nécessite également que les victimes puissent exprimer leurs besoins et qu'elles soient associées aux réflexions visant à déterminer comment l'auteur d'infraction doit réparer le

préjudice causé. La réparation n'est pas nécessairement entendue comme la seule réparation pécuniaire des dommages (elle peut notamment consister dans l'exécution d'un travail au profit de la collectivité) et elle implique la contribution de la collectivité.

Une étude empirique en 2002 a révélé que 30 à 50% des victimes sont disposées à rencontrer leur agresseur et a montré que la médiation victime-délinquant contribuait à faire évoluer positivement l'attitude de la société envers la justice restaurative (127). À noter, également, les travaux du Professeur Hagemann de l'université de Kiel pour les Sciences appliquées, qui a étudié les besoins des victimes et qui a notamment fait ressortir que la plupart d'entre elles veulent exercer une influence sur le délinquant pour l'amener à mieux prendre conscience de l'impact de ses actes (128).

La recommandation du comité des ministres du Conseil de l'Europe (129) relative à la médiation pénale (1999) peut, là encore, être utilement invoquée. Reconnaissant d'une part l'intérêt légitime des victimes à faire entendre davantage leur voix, à communiquer avec le délinquant et à obtenir des excuses et une réparation et avançant d'autre part l'importance de renforcer chez les délinquants le sens de leurs responsabilités et de leur offrir des occasions concrètes de s'amender, la recommandation valorise le rôle de la médiation pénale. Elle estime que la médiation peut faire prendre conscience du rôle important de l'individu et de la communauté dans l'origine et le traitement des délits et considère qu'elle peut contribuer à ce que la justice pénale ait des résultats plus constructifs et moins répressifs.

Proposition 28 :
Garantir aux sortants de prison, sur le plan de l'accès et de la continuité des soins, la possibilité de consultations ambulatoires assurées par les thérapeutes exerçant en détention.

Proposition 29 :
Au regard de la complexité de certains patients ou des difficultés rencontrées par les auteurs de violence sexuelle lors de leur remise en liberté comportant une injonction de soins, donner la possibilité aux CRIAVS de développer une offre de soins spécialisés en complément de l'offre de droit commun. Corollairement, celle-ci doit pouvoir mettre en œuvre des soins spécialisés intersectoriels.

Proposition 30 :
Modifier la loi du 17 juin 1998 avec, notamment, les objectifs suivants : redéfinir un ensemble de critères aussi objectifs que possible, justifiant l'opportunité de la mise en place d'une injonction de soins ; réaffirmer le principe d'individualisation dans le prononcé de l'injonction de soins (liberté d'appréciation de l'expert et du juge) ; découpler la durée de l'injonction de soins de celle de la peine de suivi socio-judiciaire.

Proposition 31 :
Renforcer le maillage « Santé-Justice-Social » afin de garantir le champ d'intervention de chacun des acteurs du dispositif d'injonction de soins. Dans cette perspective : réactualiser le « Guide de l'injonction » édité par les ministères de la Santé et de la Justice ; envisager la modélisation des expériences locales de Maillage Santé-Justice-Social ; restaurer la place et l'importance de l'insertion sociale de la personne au sein du dispositif global de prise en charge de l'auteur de violence sexuelle.

Proposition 32 :
Évaluer la faisabilité et la pertinence des dispositifs de justice restaurative et de leur éventuelle application à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Modalités de traitement

Préambule : courants épistémiques et cadre culturel : le cas particulier des ACC…

On distingue classiquement deux cultures du soin (117) qui articulent deux conceptions de l'homme : une première fortement ancrée dans une tradition de la clinique humaniste est centrée sur la relation intersubjective tandis que l'autre se nourrit d'une approche pragmatique plus sensible à une culture du résultat. Si, en France, notre conception du soin relève traditionnellement de la première approche, il serait toutefois fâcheux de considérer que ces deux cultures s'affrontent dans une opposition rédhibitoire. C'est particulièrement le cas en matière d'accompagnement des auteurs de violences sexuelles puisque les constats cliniques révèlent une forte convergence des pratiques et la nécessité de recourir à une vaste palette d'outils thérapeutiques qui se complètent sans s'opposer idéologiquement.

Comme le souligne Ciavaldini, la force du modèle de soin pour les auteurs de violences sexuelles repose sur la capacité des intervenants à mettre en œuvre une fonction d'intercontenance (130) reposant sur un trépied d'interpartenariat entre les secteurs de la justice, du sanitaire et du social. Cette ambition n'est pourtant pas sans difficulté. Cela suppose qu'aucun de ces secteurs n'ait de prééminence sur les autres. Dans le principe, chacun de ces cadres est autonome et tire son efficience de la présence des deux autres. Cette interconnexion des cadres qui s'inscrit dans une interdisciplinarité forte, implique des aménagements et un chevauchement relatif des pratiques.

C'est notamment le cas en ce qui concerne les ACC (Accompagnements Cognitivo-Comportementaux) qui sont des programmes de prévention de la récidive pouvant être mis en œuvre dans le champ judicaire par des professionnels des services de probation. Ces interventions structurées se fondent sur un modèle considérant « l'agression sexuelle comme un comportement acquis résultant d'une interaction dysfonctionnelle entre comportements, pensées et émotions » (131). De tels outils suivent le modèle RBR (Risque-Besoins-Réceptivité) mais ne doivent cependant pas être confondus avec les TCC (Thérapies Cognitives Comportementales) qui s'inscrivent dans une perspective de soin incluant les exigences du modèle GLM (Good-Life-Model). Il paraît clair pour la commission d'audition publique qu'une clarification quant à la délimitation du champ propre à ces différentes pratiques est un enjeu d'avenir si l'on veut prévenir en France de potentielles dérives de part et d'autre (132).

Existe-t-il des spécificités ?

La clinique des violences sexuelles est en cela spécifique qu'elle inclut des méthodologies issues de la criminologie clinique. Cette approche holistique ne réduit pas la personne à son acte. Elle prend en compte toutes les dimensions du sujet, de la problématique criminelle aux enjeux psychopathologiques en y incluant les facteurs environnementaux, phénoménologiques et contextuels, afin d'ouvrir à une compréhension dynamique et globale de la violence.

Dans son application, cette clinique ne présente pas de spécificité sur le fond, à l'exception des situations où se présente une difficulté majeure dans le contrôle des pulsions. De fait, nous aborderons la question de la spécificité dans quatre contextes particuliers : la situation des mineurs, des personnes âgées, des personnes présentant un handicap mental et le cas particulier des auteurs d'agressions sexuelles sans contact.

La population des mineurs auteurs

En ce qui concerne les mineurs, on distingue classiquement les enfants pré-pubères de moins de 12 ans présentant des comportements sexuels problématiques (CSP) et les adolescents pubères, pour lesquels il est important de ne jamais perdre de vue que les actes sexualisés s'inscrivent dans le contexte d'un développement hormonal et morpho-pubertaire naissant. Pascal Roman rappelle à ce titre l'importance des « agirs » sexuels violents à l'adolescence qui « *constituent et contribuent au processus adolescent* » (133). Cette dynamique développementale bien spécifique nécessite d'arrimer la clinique autour de deux éléments centraux à ne jamais perdre de vue :

- La courte distance qui sépare ces jeunes du monde de l'enfance
- La relative friabilité des schémas relationnels dysfonctionnels compte tenu des réaménagements neurocognitifs propres à cet âge.

Comme en population adulte, on distingue schématiquement les mineurs portant atteinte à des enfants et ceux qui agressent des pairs du même âge ou des victimes plus âgées. Malgré ces similitudes, il est fondamental de ne pas assimiler trop rapidement ces conduites aux violences sexuelles adultes, au risque de confondre le langage de tendresse propre aux enjeux sexuels infantiles et la sexualité génitale des adultes (135). Considérer l'enfant comme un « adulte miniature » équivaut à un déni de l'enfance, ce qui constitue une atteinte aux droits de l'enfant.

Relevons en outre que la prise en charge des violences sexuelles des mineurs s'oriente plus fortement encore qu'en population adulte vers une clinique du trauma. Les tableaux sémiologiques constatés correspondent à deux modalités d'expression symptomatiques observées dans les traumas complexes ((136), (137)). Ces traumas résultent d'une exposition durable et délétère à des situations perçues comme menaçantes et auxquelles les enfants n'ont pas la possibilité de s'extraire, étant donné la forte dépendance qui les lie à leur environnement. Dans le cas très fréquent où un membre de l'entourage familier commet des atteintes sexuelles répétées, le risque pour l'enfant de développer un syndrome d'identification à l'agresseur est majeur (134). Rappelons que de telles situations constituent des facteurs de risque pour le développement de troubles de la conduite sexuelle à l'adolescence et à l'âge adulte (138), (139), (41)).

Les personnes âgées

Parmi les personnes âgées, il peut y avoir des personnes ayant toujours eu des comportements inadéquats, avec même pour certains des antécédents judiciaires. Mais il y a aussi à prendre en compte la désinhibition présénile frontale, source de perte du contrôle des pulsions. Il a été rapporté que les comportements sexuels inappropriés sont relativement fréquents dans les démences, plutôt dus à un dysfonctionnement global qu'à une hypersexualité (140). Il y a également la promiscuité familiale ou institutionnelle (141) avec le harcèlement sexuel à l'égard des soignants (142). Ils peuvent bénéficier d'une approche psychothérapeutique si leurs capacités cognitives le permettent. Certains peuvent relever d'un traitement antihormonal à condition qu'il soit compatible avec leur état de santé.

Handicap mental

Il s'agit le plus souvent de jeunes adultes présentant des déficits cognitifs avec une déficience intellectuelle légère, moyenne, grave ou profonde. Ils ont souvent des traits de personnalité particuliers avec faible tolérance à la frustration, difficultés à différer un plaisir et mauvais contrôle des pulsions.

En ce qui concerne la sexualité, la loi du 4 juillet 2001 a reconnu aux personnes handicapées le droit d'avoir accès à une information et à une éducation à la sexualité, et à la contraception dans les établissements et services où elles sont accueillies.

Lorsqu'ils commettent des agressions sexuelles, celles-ci sont plutôt en lien avec leur méconnaissance de la vie sexuelle, des codes qui la régissent que liées à une perversion. D'autre part, ces personnes, souvent débordées par leurs pulsions, ont un mauvais contrôle de leurs émotions, et une impulsivité qui peuvent également être à l'origine de gestes déplacés.

Elles posent le problème de leur accessibilité à un travail de psychothérapie individuelle ou de groupe, qu'elles soient en détention, en établissements ou en famille (143).

Elles doivent donc être particulièrement encadrées pour les aider à prendre conscience de leurs pulsions sexuelles et à les gérer. Il est à noter que lorsqu'elles commettent des actes de pédophilie, elles ont, en quelque sorte, l'âge mental de leurs victimes. Pour certaines d'entre elles, il peut y avoir indication pour un traitement anti hormonal mais se pose alors le problème de leur capacité à comprendre son objectif et à donner un vrai consentement.

Sans contact

Ce problème était déjà abordé dans la loi de 1998 et, depuis, de nombreux textes ont été publiés pour lutter contre ce fléau dont les conséquences deviennent très préoccupantes notamment lorsqu'il s'agit d'enfants pré pubères exposés de manière précoce à la vision de scènes de pratiques sexuelles déviantes.

Sur le plan pénal, de nouvelles infractions sont apparues :

- diffusion de l'image d'un mineur à caractère pédopornographique
- diffusion de bandes dessinées à caractère pédopornographique
- consultation et paiement de services mettant en ligne des images de mineurs ;
- propositions sexuelles faites à un mineur par un majeur par un moyen de communication électronique
- propositions sexuelles faites à un mineur par un majeur suivies d'une rencontre dans le réel

Cliniquement, on distingue (144) :

- les « collectionneurs explorateurs » avec tendance addictive maladive à collectionner toutes sortes d'images à caractères pornographiques mettant en scène des enfants,
- les pédophiles avec attrait exclusif ou préférentiel pour les enfants,
- les « polymorphes » qui ont des antécédents de violences sexuelles réalisées sur des enfants.

Il existe un débat sur la dangerosité des auteurs d'agression sexuelle sans contact, certains auteurs étant convaincus qu'ils ne peuvent se limiter au virtuel alors que d'autres, se référant surtout aux formes addictives, pensent que ces pratiques leur évitent de passer à des actes réels et physiques.

Les approches thérapeutiques et leurs principes : une offre de soin qui se diversifie

Approches psychodynamiques

L'approche psychodynamique vise un réaménagement du fonctionnement psychique par une consolidation des bases identitaires et narcissiques du sujet. La stratégie passe notamment par un renforcement de l'image de soi et un assouplissement du système défensif afin de redonner plus de force aux mécanismes du Moi. Le postulat de cette approche repose sur l'idée qu'atteindre un tel objectif autorise secondairement un abandon des conduites de décharges violentes (144). L'objectif de la thérapie psychodynamique est finalement d'aider le sujet à cheminer entre confrontation à la loi et **rencontre avec sa propre souffrance enfouie pour lui permettre d'appréhender ses vulnérabilités traumatiques, la finalité étant de pallier les effets désorganisateurs et destructeurs qu'elles engendrent.** (113) (145)

Forces et limites des approches psychodynamiques en France :

L'intérêt défendu par les tenants de cette approche est qu'elle permettrait de traiter en profondeur la destructivité potentielle du sujet. Traiter les causes pour en prévenir les effets**.** En explorant avec le patient/criminel/délinquant son histoire et les ressentis associés aux événements qui la ponctuent, il serait alors possible de remonter aux origines de la violence, ce qui contribuerait, à terme, à une prévention de la récidive. Cette approche repose néanmoins sur une clinique singulière du sujet. Le faible niveau de structuration séquentielle de la démarche n'a jusque-là pas facilité la mise en œuvre de méthodologies reproductibles qui auraient permis de démontrer scientifiquement la force du paradigme. De fait, les rares recherches réalisées dans cette perspective portent sur des études de cas ou sur de très petits échantillons et présentent un faible niveau de preuve (NP1).

En clinique des violences sexuelles, il faut néanmoins souligner les efforts qui ont été réalisés par les psychodynamiciens afin de structurer leur modèle de prise en charge par étapes successives, en ciblant les stratégies thérapeutiques sur des dimensions pertinentes pour le soin des auteurs de violences sexuelles. Une synthèse attentive des travaux réalisés pour cette audition permet de dégager un modèle à trois axes pour la prise en charge :

1. Axe de stabilisation et de sécurisation du lien en ciblant des dimensions telles que l'estime de soi, la communication bienveillante et la régulation émotionnelle. Dans cette phase du traitement, il semble essentiel de parvenir à créer un climat de confiance perçue, propice à l'émergence d'une parole authentique.
2. Axe orienté sur des dimensions de la psycho-criminologie : identification des situations criminogènes, repérage des situations à risque, modification du système de croyances afin de réduire les distorsions cognitives et permettre au patient de reconnaître ses intérêts sexuels déviants. Les thèmes principalement abordés sont les suivants : comment se positionner par rapport aux faits et à ses responsabilités ? Comment comprendre l'acte par rapport à soi-même ? Comment se situer par rapport aux autres ?
3. Axe d'intégration qui met en lien les événements de vie afin de reconstruire le récit narratif d'un parcours disloqué. La ré-articulation des conduites sexuelles déviantes avec l'histoire de

vie renforce la conscience de soi et permet une meilleure prise en compte des besoins primaires de sécurité, de légitimité et de bientraitance. Cette troisième phase s'inscrit dans le modèle des « vies saines » (*Good lives model*, (146), (147), (145)). Elle vise à réparer les liens d'attachement souvent meurtris par la violence et permet d'envisager de nouveaux plans de vie incluant la mise en place de stratégies de prévention de la récidive.

Quant à l'ordonnancement de ces étapes successives, il peut connaître des ajustements en fonction du cadre institutionnel et du profil psycho-criminologique du patient. Nous ne saurions que trop recommander aux psychodynamiciens de soutenir leurs efforts afin de structurer leur traitement, ce qui faciliterait la mise en œuvre de programmes de recherches présentant un meilleur niveau de preuve (NP3). Comme le soulignent Pham (75) et Moulin (66), cela passe aussi par un usage plus systématique d'outils d'évaluation standardisés par les cliniciens.

Proposition 33 :
La commission d'audition publique recommande de renforcer la formation initiale des psychologues aux échelles standardisées et aux méthodes de jugement clinique structuré.

Les TCC (Thérapies cognitivo-comportementales)

Nous ne pouvons faire ici une revue exhaustive des théorisations et des pratiques TCC. Rappelons simplement qu'elles sont issues des théories de l'apprentissage et du conditionnement. Elles se centrent sur une modification observable des modes de pensée, des réactions émotionnelles et des façons d'agir du sujet (146). L'objectif du soin est de réduire la souffrance du patient avec le souci premier d'apporter des solutions opérationnelles afin de soutenir des changements visibles (135). L'accent est mis sur l'utilisation d'une méthodologie expérimentale structurée visant à modifier les symptômes perturbant la vie du patient (148). Les TCC sont des thérapies qui s'inscrivent dans le cadre d'un « standard médical ». Les techniques sont essentiellement basées sur l'analyse fonctionnelle, la psychoéducation, l'analyse des coûts et des bénéfices, l'auto- observation, les jeux de rôle, ou encore la restructuration cognitive. Ces différentes techniques sont adaptées aux auteurs de violences sexuelles mineurs ou majeurs.

Appliqués à la clinique criminologique, les modèles TCC incluent des dimensions spécifiques : analyse du cycle des passages à l'acte et des situations à risque, reconnaissance des fantaisies sexuelles pédophiliques, restructuration cognitive, travail sur le sentiment de responsabilité, entraînement aux habiletés sociales, gestion de la colère, éducation sexuelle, renforcement de l'empathie et prévention de la rechute. Ces méthodologies respectent les critères du modèle R-B-R et incluent avec une exigence accrue les standards GLM. Quelle que soit l'approche, la thérapeutique doit en effet répondre aux besoins fondamentaux du patient. Elle doit s'inscrire dans une perspective bio-psycho-sociale de la personne en considérant le sujet dans son intégralité : parcours de vie, ressources, problématiques spécifiques et générales, etc. (149).

Forces et limites des approches TCC en France :

Les recherches réalisées sur les thérapies TCC comportent des cohortes incluant un plus grand nombre d'individus. La méthodologie très structurée et le recours à des outils d'évaluation standardisés permettent une bonne reproductibilité des recherches qui présentent dès lors un bien meilleur niveau de preuve (NP3 et NP2). Malgré la prudence que toute conclusion sur les méta-analyses engage, une

tendance centrale forte démontre l'efficacité des approches TCC pour diminuer la récidive ((135), (30), (75)). Ceci doit-être considéré comme une avancée majeure pour la société.

En France, la plupart des professionnels de la santé formés aux TCC « classiques » ne sont cependant pas formés aux approches psycho-criminologiques. Cet état de fait conduit sur le terrain à ce que les soignants de référentiel TCC soient sollicités afin de prendre en charge des populations auteurs de violences sexuelles pour lesquelles ils n'ont pas reçus de formation spécifique. Il semble donc important que les professionnels formés aux TCC classiques suivent des modules de formations psycho-criminologiques complémentaires.

La force de la relation au cœur d'une « efficacité » thérapeutique

Rappelons que, quelle que soit l'approche, la psychothérapie repose sur une « force de relation » du thérapeute. Ceci est particulièrement le cas dans la clinique des auteurs de violences sexuelles. Dans la lignée des travaux de Balier ((150), (151), (152), (153), (109), (122)), Ciavaldini souligne qu'il s'agit d'une clinique des processus primaires particulièrement difficiles à faire émerger et à accueillir. Elle confronte le clinicien à des phénomènes archaïques de paralysie, d'agonie psychique, de peurs sans représentations et de fougueuses révoltes qui, si elles ne sont pas régulées, ne produiront rien qui s'apparente à du soin. Les compétences émotionnelles et humaines de l'intervenant sont donc fortement convoquées afin de contenir les effets potentiellement désorganisateurs de la rencontre. Les résultats d'une étude (sondage de 2009 (NP2) de la *Safer Society Foundation* (154)) dont une partie portait sur la perception que les patients auteurs de violences sexuelles rapportaient de leur thérapeute révèlent que les patients avaient apprécié leur fonction contenante, leur attitude de soutien, leur autorité rassurante et leur leadership, leur bienveillance pour les aider à éviter certains passages à l'acte. Rapportons aussi les travaux de Lambert (155) qui rappellent que seulement 15% de l'efficacité d'une intervention psychothérapique serait attribuable à la technique utilisée et que l'essentiel réside dans les qualités humaines du clinicien.

Proposition 34 :
Sur la base de ces observations, la commission d'audition publique recommande un renforcement des dispositifs de formation continue sur des modules de psychocriminologie clinique afin de favoriser la montée en compétence des professionnels de santé tout au long de leur parcours professionnel.

Les approches systémiques-familiales

Conséquences du passage à l'acte sur le système familial

La révélation du ou des passage(s) à l'acte peut sidérer les capacités de penser des membres de la famille. Ceci peut l'encourager à se replier dans une posture de honte et de crainte de stigmatisation. Dans les contextes incestueux, la tentation de la famille à fonctionner en vase clos peut être accrue, ce qui peut entraver le travail des intervenants et rendre plus difficile encore la reconnaissance des faits. La révélation peut aussi produire une dérégulation soudaine des flux d'excitation dont on sait qu'ils sont habituellement solidement contenus par un gel des affects à l'intérieur de ces systèmes familiaux. Ces familles pourront alors se mettre à raconter les faits à tout va (156), au risque de renforcer le phénomène d'ostracisation et d'amplifier le vécu familial d'abandon et de persécution.

D'où l'intérêt de toujours penser la question de la famille dans la clinique des auteurs de violences sexuelles, ce qui peut se faire selon trois modalités d'intervention distinctes :

- Les consultations familiales
- L'accompagnement des familles d'auteurs après révélation des faits
- Les thérapies familiales systémiques

Les consultations familiales

Ces entretiens familiaux peuvent compléter le suivi individuel et/ou groupal de l'auteur. Ces consultations permettent d'impliquer la famille dans la prise en charge de l'auteur afin de renforcer l'observance. Ces entretiens sont particulièrement indiqués lorsque l'auteur est un mineur et/ou s'il est réticent à s'engager dans un accompagnement psychosocial. Avant d'instaurer ces rencontres, tous les protagonistes doivent avoir reconnu à minima la commission d'un acte de violence sexuelle. À faible distance de la révélation des faits, on considèrera la minimisation comme une réaction normale et adaptée qui devra progressivement laisser place à de meilleurs niveaux de reconnaissance. *A contrario*, on gardera un regard aiguisé et prudent lorsque les acteurs familiaux reconnaissent d'emblée et pleinement les actes pour lesquels l'auteur est mis en examen.

Ces entretiens aident à comprendre la dimension systémique de l'agression et ses résonances pour chacun. Les intervenants étudieront les dysfonctionnements familiaux afin d'engager une dynamique de changement qui prendra appui sur les ressources positives de la famille. Enfin, si des séparations sont décidées, il faudra veiller à juguler le phénomène de bouc émissaire (Savin 2000). Le nombre et le rythme de ces interventions dépendront des capacités de résilience familiale et de l'aide qu'elle peut apporter au travail thérapeutique de l'auteur.

SI l'auteur n'a pas de famille proche, la création de groupes d'entraide semblables aux **Cercles de Soutien et de Responsabilité** comme il en existe au Canada peut éviter un trop grand isolement de l'auteur, ce qui serait potentiellement propice à la réactualisation de dynamiques récidivantes. Enfin, pour ce type d'intervention, des contre-indications sont formulées dans le cas de familles dépressives, isolées, non-communicantes, enchevêtrées et fusionnelles ou si l'auteur est une figure autoritaire tyrannisant sa famille (156).

L'accompagnement des familles d'auteurs après révélation des faits

Ces interventions familiales peuvent être mises en place même si l'auteur n'y participe jamais. Elles ont pour objectif d'offrir un soutien psychologique à la famille qui peut avoir été ébranlée par le passage à l'acte de l'auteur. Elles sont basées sur des interventions bienveillantes qui pourront notamment aider la famille à s'engager dans un processus d'acceptation. Cela peut permettre de rompre avec la transmission transgénérationnelle des cycles de culpabilité et honte délétères au développement cognitif et émotionnel de l'enfant.

La thérapie familiale systémique

Dans ses principes fondamentaux, l'approche familiale-systémique cherche à humaniser les interrelations au sein de la famille, à assainir les conflits et les relations dysfonctionnelles, à aborder la

question de l'inceste, à replacer chaque membre dans le rôle qui lui est dû, à nouer des liens de solidarité et à établir des systèmes d'entraide afin de faire face aux épreuves. Cette approche aide la famille à se situer clairement dans son rapport à la loi afin que des limites claires et lisibles pour tous puissent s'établir (157).

Dans le cadre de violences sexuelles intrafamiliales, il est recommandé de procéder par étape en démarrant par des rencontres individuelles systémiques. Celles-ci peuvent être suivies de rencontres dyadiques (père/mère, frère/sœur). Viendra alors le temps de la rencontre entre l'auteur et la victime qui devra faire l'objet d'une évaluation attentive des intervenants afin que ceux-ci en déterminent le moment et la pertinence. La consultation pourra ensuite être élargie à tous les membres de la famille (156).

Dans les situations de polytraumatismes sexuels, le thérapeute devra être solidement formé afin que sa posture thérapeutique soit suffisamment souple et pare-excitante pour contenir les montées d'angoisse, les passages « à vide », les mouvements transférentiels massifs, l'hostilité et les ressentiments qui constituent quelques enjeux du traitement. La temporalité s'établit en mois ou en années, selon l'état clinique du système familial et ses capacités résilientes.

Les traitements médicamenteux

L'avènement des psychotropes a été source d'espoir et des neuroleptiques ont été prescrits pour leur effet inhibiteur sur la libido. Mais leur effet sédatif a été dissuasif et ils ne sont plus utilisés dans cette indication. Les antidépresseurs ont ensuite été proposés dans certains troubles du comportement sexuel, tels que les paraphilies présentant un faible risque de passage à l'acte. Ils sont alors intéressants aux doses utilisées dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs. Les antidépresseurs de type IRS (inhibiteur de la recapture de la sérotonine) ont montré un bénéfice dans les paraphilies à faible risque de passage à l'acte et à forte tonalité compulsive ou en cas de dépression associée (158). Toutefois ces prescriptions sont hors autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Leurs indications sont limitées à l'exhibitionnisme, à la masturbation compulsive, et à certaines formes de pédophilie dont le risque de passage à l'acte paraît peu important. Pour certains auteurs, les IRS auraient une action plus spécifique de réduction du comportement sexuel déviant, permettant ainsi au sujet de conserver une activité sexuelle conventionnelle.

En ce qui concerne les traitements antihormonaux, il faut tout d'abord rappeler que la présence de testostérone est une condition nécessaire mais non suffisante au maintien d'un niveau constant d'intérêt et d'excitation sexuels. Il est maintenant établi qu'ils réduisent significativement l'intensité et la fréquence du désir sexuel déviant de façon réversible et ils ont montré une réelle efficacité dans la prise en charge des paraphilies les plus sévères avec un délai d'action sur la libido plus court que toute autre forme de traitement. Ils ne peuvent être prescrits qu'après consentement écrit et éclairé du patient. Il s'agit soit de l'acétate de cyprotérone (CPA) dont l'action est de bloquer les récepteurs de la testostérone. Il est administré par voie orale et ne peut être actuellement dosé dans le sang en laboratoire en France. L'autre traitement anti hormonal est un analogue de la GnRH, la triptoréline, qui agit sur les récepteurs hypophysaires de celle-ci. Une augmentation transitoire de la testostérone au début du traitement nécessite une prescription transitoire de CPA puis il y a une désensibilisation rapide des récepteurs de la GnRH qui aboutit à une réduction de la sécrétion de la testostérone à des niveaux équivalents à ceux obtenus après une castration chirurgicale. La triptoreline est disponible sous forme injectable mensuelle ou trimestrielle.

À propos de ces traitements, on a parlé, et on continue de parler de « castration chimique » alors que leurs effets sont réversibles. Depuis 1998, ces médicaments ont obtenu une AMM dans certaines indications de traitement des auteurs de violences sexuelles, l'acétate de cyprotérone en 2005 et la triptoreline en 2007, et il est bien précisé qu'ils doivent être systématiquement associés à une prise en charge psychothérapeutique.

Ils sont contre indiqués chez les adolescents dont la croissance osseuse n'est pas achevée, chez les personnes souffrant de schizophrénie délirante, de dépression chronique sévère et chez les personnes souffrant de diabète, de dysfonctionnements hépatiques ou ayant des antécédents thromboemboliques. Durant leur prescription, il est recommandé de pratiquer une ostéodensitométrie osseuse au moins tous les deux ans, un dosage de la glycémie une fois par an et de la testostéronémie en cas de doute sur une prise de testostérone exogène.

Ces traitements médicamenteux ont été intégrés dans un algorithme du traitement pharmacologique des paraphilies comprenant six niveaux, proposé en 2009 (3) en France puis sur le plan international (135). Selon celui-ci le traitement pharmacologique va dépendre de l'intensité des fantasmes sexuels du sujet et du risque de passage à l'acte avec violence sexuelle, des antécédents médicaux du patient, de l'observance présumée du traitement, de l'efficacité des traitements qui ont pu être prescrits antérieurement ainsi que du consentement du patient, sachant que celui-ci peut être influencé par une pression socio-familiale ou judiciaire.

Enfin, il faut rappeler qu'en prescrivant des traitements anti hormonaux, on ne modifie pas l'orientation sexuelle et que leurs actions thérapeutiques sont réversibles et essentiellement symptomatiques.

Algorithme du traitement pharmacologique des paraphilies (Thibaut et al. WFSBP 2010)

Objectifs et indications	Traitements et posologies
Niveau 1	
– Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés sans impact sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel	– Psychothérapie de préférence cognitivo-comportementale (TCC)
Niveau 2	
– Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés avec impact mineur sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel – Peut être utilisé dans tous les cas modérés de troubles paraphiliques associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex. exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie sans antécédents de passage à l'acte par ex : consultation isolée de vidéos érotiques pédophiles) – Absence de résultats satisfaisants avec le	– Psychothérapie (TCC) – Inhibiteurs spécifiques de la recapture de sérotonine (ISRS), éventuellement augmenter la dose comme dans le traitement des TOC (ex. fluoxétine 40-60mg/j ou paroxétine 40 mg/j)

niveau 1	
Niveau 3	
– Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés avec une réduction modérée de l'activité sexuelle et du désir sexuel – Troubles paraphiliques avec caresses mais sans pénétration – Fantasmes sexuels inappropriés ou déviants sans sadisme sexuel – Absence de résultats avec le niveau 2 en prescription de 4-6 semaines d'IRS à dose élevée	– Psychothérapie (TCC) – Ajouter à l'ISRS une faible dose d'antiandrogène, acétate de cyprotérone (CPA) 50-200 mg/jour *per os*
Niveau 4	
– Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés avec une réduction importante de l'activité sexuelle et du désir sexuel – Risque modéré de violence sexuelle (troubles paraphiliques avec notamment des caresses plus intrusives et un nombre limité de victimes) – Absence de comportement ou fantasmes de sadisme sexuel (si présent voir niveau 5) – Bonne observance du traitement, sinon passer au niveau 5 – Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3	– Psychothérapie (TCC) – Acétate de cyprotérone 200 mg/jour (plus rarement 300 mg/jour) *per os* sous réserve de l'assurance d'une bonne observance – Si présence d'anxiété, de dépression ou de symptômes obsessifs compulsifs, un ISRS peut être associé à l'antiandrogène
Niveau 5	
– Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés avec une disparition quasi complète de l'activité sexuelle et du désir sexuel – Risque élevé de violence sexuelle et cas de troubles paraphiliques sévères – Fantasmes ou comportements sexuels sadiques ou violence sexuelle – Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants avec le niveau 4	– Psychothérapie (TCC) – Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie intramusculaire (seul produit ayant l'AMM et un remboursement dans cette indication) – Associer l'acétate de cyprotérone pendant le premier mois pour contrecarrer l'effet 'flare-up' (augmentation transitoire du taux de testostérone)
Niveau 6	
– Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés avec une disparition complète de l'activité sexuelle et du désir sexuel – Cas très sévères de troubles paraphiliques	– Psychothérapie (TCC) – Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie intramusculaire en association avec l'acétate de cyprotérone (50-200 mg/jour *per os*)

– Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5.	– Un ISRS peut également être associé

Perspectives émergentes : traitement des auteurs de violence sexuelle par thérapies intégratives

Comme nous l'avons déjà formulé plus haut, la clinique des violences sexuelles constitue une clinique des fonctionnements primaires. Elle exige d'attacher une importance cruciale à la sensorialité qui semble particulièrement mal régulée chez les auteurs de violence sexuelle. En conséquence, les innovations techniques se multiplient et de nombreux aménagements sont proposés dans les prises en charge psychothérapiques : groupes de médiation corporelle et psychosensorielle, exercices de pleine conscience, art-thérapie (144).

Dans cette perspective, il semble fondamental de réarticuler théoriquement les domaines de la clinique criminologique et de la traumatologie afin d'envisager le recours à toutes les avancées technologiques que la science thérapeutique met à disposition des professionnels pour traiter les auteurs de violences sexuelles. Certaines approches appliquées au traitement des traumas complexes comme les thérapies « intégratives » (EMDR (159), ICV-Lifespan Integration (160), Somatic experience (161)) pourraient notamment être davantage investiguées. Ces techniques sont dites « intégratives » car leur opérationnalité prend appui sur différents modèles : théories de l'attachement, théories du développement, modèles neurophysiologiques des mécanismes du stress... Certains principes de ces thérapies sont communs aux approches psychodynamiques et aux TCC de 3ème vague (théorie des schémas de Young, thérapies d'acceptation ACT…) (162). Quelques expériences pilotes semblent donner des résultats empiriques encourageants, notamment pour réduire le flux des pensées sexuelles intrusives envahissantes. Ce courant pourrait constituer un axe émergent dans la thérapie des auteurs de violences sexuelles.

Un modèle de prise en charge pour l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques en matière d'accompagnement thérapeutique des auteurs de violences sexuelles

Ce modèle se fonde sur trois axes constituant le socle commun de pratiques partageables quelles que soient les approches épistémiques sous-jacentes.

1. Une approche clinique structurée par phases de traitement avec une graduation du soin. Afin de replacer le patient au cœur de la prise en charge thérapeutique, les techniques de soin sont déterminées en fonction des ressources du patient et des besoins évalués.
2. Des techniques de soins clairement identifiées
   - Des entretiens semi-structurés non directifs
   - Un maniement spécifique de la parole où le silence est proscrit
   - Des interventions thérapeutiques par binômes, notamment dans les espaces thérapeutiques de groupe
   - Un recours aux outils de médiation
   - Une conception modulaire du dispositif thérapeutique articulant de l'individuel, du groupe et des entretiens familiaux
   - La mise en place d'ateliers psychomoteurs et psychosensoriels
3. Des stratégies thérapeutiques orientées sur des dimensions psychologiques discriminantes dans le traitement des auteurs de violences sexuelles
   - Prévention de la récidive

- Renforcement des compétences sociales et des habiletés relationnelles
- Amélioration des mécanismes de régulation émotionnelle
- Optimisation des niveaux de conscience de soi afin de renforcer l'empathie et aider l'auteur de violences sexuelles à identifier les conséquences de ses actes
- Réduire l'anxiété d'attachement pour permettre au patient de vivre une intimité plus « sécure ».

État des lieux des pratiques cliniques de terrain

Disparité géographique

En dépit d'expériences pilotes innovantes (Besançon, Grenoble, La Garenne-Colombes, Ville- Evrard), on constate une offre de soins très insuffisante et qui connaît, qui plus est, une forte disparité géographique. À cela s'ajoute la réticence des services psychiatriques ambulatoires à accueillir ces patients, réticence d'autant plus justifiée que le personnel de ces services n'est pas formé aux paradigmes de la criminologie clinique.

Insuffisance de l'offre de soin pour les mineurs auteurs

L'acte de violence sexuelle chez les mineurs, qu'il soit considéré comme une recherche exploratoire liée à la sexualité infantile ou qu'il s'inscrive dans un mouvement plus déstructuré pouvant annoncer des développements limites de la personnalité, nécessite un accompagnement judiciaire, social et psychologique qui soit adapté et proportionné. Sans stigmatiser ces comportements au risque d'en figer les schémas cognitifs, il importe de mettre en place une réponse rapide et « *efficiente afin de ne pas habituer le jeune à ces dérives et éviter la répétition des actes délictueux à l'âge adulte* » (135). La plupart de ces jeunes agressent sexuellement un membre de leur famille ou de leur environnement proche (frère/soeur, camarades de l'école, du voisinage ou de l'institution) (163). Longtemps tenues sous silence et ignorées des professionnels, ces situations sont aujourd'hui mieux connues et on observe partout en France une demande accrue de prise en charge de ces situations particulières.[3]

En milieu fermé, compte tenu des contraintes fortes qui s'exercent et de la durée très variable des séjours, les obstacles à la mise en place de psychothérapies sont multiples. Les soins relèvent dès lors généralement plutôt du soutien psychologique que de véritables dispositifs psychothérapiques. En milieu libre**,** l'auteur de violences sexuelles mineur rencontrera généralement les mêmes structures de soins que les adolescents tout venants, s'il y est accepté. Comme pour les adultes, trop peu de professionnels de ces services sont formés et il n'existe que très peu de services spécialisés. En conclusion, l'obligation de soins imposée aux mineurs est loin d'être satisfaisante. Les services spécialisés en France restent rares et peu d'études systématiques sont réalisées afin d'évaluer l'efficacité des expériences pilotes qui ont jusque-là été réalisées. Une revue de la littérature datant de 2016 et menée par Thibaut conclut que les adolescents traités (comparativement aux non traités) ont dans l'ensemble une réduction de leur comportement déviant lorsque le risque de passage à l'acte est modéré (17,27%). L'efficacité est cependant nettement moins évidente chez les sujets à haut risque de passage à l'acte. De plus, les preuves manquent pour déterminer les effets des méthodes ayant

[3] Rappel : les adolescents sont considérés comme une population spéciale responsable de 35 à 45 % de l'ensemble des agressions sexuelles, ouvrant sur un questionnement et une prise en charge spécifique (Conférence de consensus 2001).

pour but de prévenir l'agression sexuelle chez les adolescents qui n'ont pas commis d'agression mais sont à risque de le faire (164). **A la lumière de ces constats, lutter efficacement contre les violences sexuelles nécessiterait d'étendre l'offre de soins territoriale, notamment à l'endroit des mineurs auteurs.**

Développer des programmes de soutien à la parentalité

Des recherches de plus en plus nombreuses démontrent que les mineurs auteurs présentent un Modèle Interne d'Attachement (MIA) de type effrayé-effrayant (165). Cela conduirait à la formation d'un style relationnel alternant entre une désactivation de l'attachement (évitant-abandonnique) et une hyper-activation de l'attachement (résistant-préoccupé), augmentant dès lors les facteurs de risque du développement d'une psychopathologie. Si l'on ajoute à cela le fait que les traumatismes sexuels impactent significativement l'accordage mère-enfant et l'établissement d'une relation émotionnelle sécure avec le monde extérieur, il semble important de pouvoir intervenir très tôt auprès des familles impactées par des problématiques de violences sexuelles.

Proposition 35 :
À ce titre, la commission d'audition publique recommande enfin de développer au sein des réseaux de PMI des consultations de soutien à la parentalité auprès des familles impactées par les problématiques de violence sexuelle afin d'en prévenir précocement les effets à long terme. (Cf. Chapitre 2 Prévention)

SYNTHESE

Au terme de ces développements, par lesquels il a été dressé l'état des lieux de la situation existante, de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge, qui a conduit à la formulation de propositions et de souhaits, il est permis d'esquisser une conclusion en forme de synthèse.

La loi du 17 juin 1998, qui a aujourd'hui vingt ans, est le fruit de pratiques antérieures originales et de l'inquiétude née de la place, dans la délinquance, des violences sexuelles, notamment de celles exercées à l'encontre de mineurs.

Conçue de manière audacieuse, en rupture avec des habitudes ancrées, par les ministères de la justice et de la santé, elle se préoccupe d'abord très légitimement d'améliorer le sort des victimes de ces violences, très gravement et très durablement atteintes dans leur corps mais aussi dans leurs relations avec autrui.

S'agissant des auteurs de violences sexuelles, dont la loi traite aussi, le texte repose sur une conviction profonde qui doit être d'emblée mise en relief, parce qu'elle va à rebours d'une part au moins des représentations sociales : celle qu'au-delà de la sanction pénale évidemment nécessaire pour punir l'auteur, il est possible de modifier à l'avenir le comportement de ce dernier, par une prise en charge appropriée, mêlant l'approche sociale et un dispositif de soins.

Profondément originale lorsqu'elle a été décidée, cette conception l'était dans son esprit. Elle l'était aussi dans l'organisation mise en œuvre, associant étroitement l'institution judiciaire (magistrats, agents d'insertion et de probation ou de la protection judiciaire de la jeunesse notamment), le système de soins (psychiatres, psychologues, infirmiers travaillant en milieu « ouvert » ou en prison) et des personnes tierces (par exemple éducateurs de l'aide sociale à l'enfance, associations de prévention), un médecin « coordonnateur » étant chargé d'assurer, pour chaque auteur de violences sexuelles et entre ces différentes personnes, les continuités nécessaires.

Dresser, vingt ans après, un bilan de la loi est l'occasion, à travers une procédure d'audition publique, conduite les 14 et 15 juin 2018 sous l'égide de la fédération des CRIAVS (Centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles), de s'interroger sur les conditions d'une prise en charge de plus en plus efficiente des auteurs de violences sexuelles en France dans les années à venir.

À cet égard, plusieurs interrogations sont nécessaires, dont les réponses font naître des propositions d'amodiations du système, en en gardant précieusement le principe fondateur.

1/ En premier lieu, on doit mesurer l'efficacité, en termes de nombre de personnes prises en charge, du dispositif actuel alliant la peine, d'une part, la surveillance socio-judiciaire et l'injonction de soins, d'autre part.

Le nombre d'auteurs de violences sexuelles ne peut être connu, comme il est fréquent en matière délinquante, que de manière indirecte, par le nombre de victimes.

Or, ce nombre est considérable, d'une part, et il est sous-estimé, d'autre part.

Il est considérable puisque, à prendre appui non sur les enregistrements administratifs qui sont lacunaires mais sur les enquêtes directes auprès d'échantillons importants de population, il apparaît que près de huit cent mille personnes déclarent être victimes chaque année de violences sexuelles et que, par exemple, un viol est commis toutes les sept minutes dans notre pays (cf. chapitre 1). Ces données sont, en elles-mêmes, très préoccupantes.

Mais elles sont sous-estimées puisque, d'une part, dans un pourcentage difficile à évaluer, les victimes, même dans les enquêtes, répugnent à faire état de ces évènements du fait même de leurs suites traumatiques ; que, d'autre part, les mineurs figurent en nombre significatif parmi les victimes, pour autant qu'on puisse le savoir, puisque qu'ils n'entreprennent aucune démarche de plainte et ne sont pas inclus dans les enquêtes de victimation. Certes, les majeurs peuvent faire état de faits remontant à leurs années d'enfance, mais avec le même biais que celui, qui vient d'être mentionné, d'une aversion à l'égard d'une évocation des faits.

Il en résulte que le nombre de violences sexuelles est mal connu mais, en toute hypothèse, très élevé.

Le nombre d'auteurs est donc lui aussi très élevé même s'il est inférieur, du fait d'actes répétitifs dans certains contextes de violences sexuelles (au sens où elles ont été définies dans le premier chapitre du document), sans exclure non plus un pourcentage d'accusations infondées qui ne saurait être élevé.

Mais le nombre d'auteurs susceptibles de rentrer dans le dispositif de la loi de 1998 est très faible, là encore en raison de deux phénomènes cumulatifs.

D'une part, le nombre d'actes portés par les victimes à la connaissance des services de police et de gendarmerie est faible, en raison de la propension mentionnée à garder le silence.

D'autre part, parmi les plaintes dûment transmises au parquet, ce dernier en classe sept sur dix sans suite, en raison de l'impossibilité, le plus souvent de caractériser les faits selon les définitions que donne le code pénal des « agressions sexuelles » (en particulier aux articles 222-22 à 222-33 du code pénal) ou des faits « mettant en péril des mineurs » (aux articles 227-22-1 et suivants du même code).

Ces circonstances expliquent que le nombre de condamnations au titre de ces dispositions, d'ailleurs en baisse ces dernières années, n'excède guère, pour le viol, le millier par an (1012 en 2016). Il est donc très éloigné du nombre d'actes commis. En d'autres termes, peu d'auteurs sont poursuivis et condamnés. Par conséquent, peu d'entre eux entrent chaque année dans les prévisions de la loi de 1998 qui a, de fait, une application sur une population marginale parmi les personnes concernées. Il y a là une anomalie qui doit être corrigée.

Une autre anomalie réside dans l'incapacité du ministère de la justice comme de celui de la santé de fournir des données relatives au nombre de suivis socio-judiciaires et d'injonctions de soins en cours d'exécution à un moment déterminé. Dans un rapport de 2011, les inspections générales (IGAS – IGSJ) donnaient un nombre compris entre 3 800 et 7 800 mesures (donc avec une marge d'erreur très élevée). Quelle que soit l'exactitude de ces données, elles sont donc sans rapport avec le nombre d'auteurs de violences sexuelles.

Il en résulte que les considérations faites sur le fonctionnement de l'injonction de soins ne reposent que sur une prise en charge minoritaire d'auteurs (1%, 5% ?) dont la composition est, par conséquent, biaisée.

De ce constat préoccupant, découlent trois ordres d'objectifs.

D'une part, dès lors que le dispositif de prise en charge des auteurs ne bénéficie qu'à une faible part d'entre eux, des moyens doivent être trouvés pour encourager les victimes à se faire connaître « utilement », c'est-à-dire que, dans le recueil des faits et les moyens de preuve requis, les plaintes (ou signalement de tiers) puissent aboutir à ce que les auteurs entrent dans le dispositif.

D'autre part, alors que le système actuel peine à trouver les compétences nécessaires pour une prise en charge efficace, il faut à terme (sous forme d'une loi de programmation ?) en élargir substantiellement les capacités, par conséquent, songer à la fois à intéresser, à former et à rémunérer les personnels nécessaires, si l'on veut, en vertu du principe initial de 1998, avancer dans la résolution des graves problèmes que posent les violences sexuelles. Il convient aussi de disposer, comme le recommandaient déjà les inspections générales mentionnées, des données nécessaires et, par conséquent, de compléter les sources statistiques par des données claires et fiables dans ce domaine.

Enfin, il est crucial d'innover de sorte que, à titre préventif, les personnes qui ne sont pas prises en charge par l'institution judiciaire, soit qu'elles ne soient pas encore passées à l'acte, soit qu'elles ne soient pas poursuivies, puissent se voir proposer, elles aussi, des mesures d'écoute, d'accompagnement et de soins possibles (voir le chapitre 2). Cette perspective suppose que soient remplies au moins deux conditions : d'une part que des personnes auteurs qui, avant interpellation, ne se sentent souvent aucunement coupables, acceptent d'être suivies ; d'autre part, compte tenu des effectifs en cause, le renforcement des moyens ; il passera nécessairement par un concours très actif d'associations éclairées et formées – il en existe déjà quelques exemples.

Ces élargissements, « curatifs » mais aussi préventifs supposent qu'à la prise en charge soient associés tant de nouveaux acteurs institutionnels (réseau des PMI…) que privés et surtout associatifs (cf. chapitre 2).

2/ En deuxième lieu, depuis l'origine, la réunion de deux objectifs de sanction pénale, d'une part, et de prise en charge de personnes, d'autre part, crée des tensions dans la mesure où la conciliation entre deux visées de nature bien différente n'est pas toujours aisée à définir. Il est vain d'espérer faire disparaître ces tensions. En effet, dès 1998, le juge a pour fins essentielles le prononcé et l'exécution de la peine, d'une part, la prévention de la récidive, d'autre part ; le thérapeute, de son côté, entend certes mesurer les facteurs de risque mais aussi les facteurs protecteurs. Le médecin coordonnateur est au cœur de ces tensions (chapitres 1 et 4).

Il est clair qu'alors qu'on pouvait espérer qu'avec le temps ces difficultés s'atténueraient, l'évolution législative les a sans aucun doute renforcées.

Cette évolution est double (chapitres 1 et 4) et les intentions du législateur ne sont pas toujours aisément déchiffrables.

D'une part, alors que quelques textes de lois contribuaient à faciliter une évolution des représentations sociales et des procédures pénales (déconnexion du mariage et de la reproduction ; reconnaissance de droits accrus – PACS puis union maritale – pour les personnes de même sexe ; juridictionnalisation et élargissement de l'aménagement des peines), de nombreux autres renforçaient la répression des agressions sexuelles (accroissement des circonstances aggravantes en cas de viol, définition de l'inceste en 2010 puis, après intervention du Conseil constitutionnel, en 2016). Les lois ont en outre érigé aussi en principe de distinction entre délinquants la « dangerosité ». Les plus hautes marches de celle-ci sont incontestablement occupées par les auteurs de violence sexuelle, en vertu des dispositions législatives ou des représentations sociales : pour pallier les effets du danger présenté par ces auteurs, le législateur a défini plusieurs mesures de « sûreté » (surveillance judiciaire, surveillance et rétention de sûreté), dans le contexte « sécuritaire » que l'on connaît. Au fond, en matière de violences sexuelles comme dans les autres délinquances, la rédemption du coupable lui importe moins que le fait de pouvoir le tenir, tant que ce dernier est considéré comme dangereux, en lisière de la société.

D'autre part, il a modifié le suivi socio-judiciaire de 1998, en le rapprochant de l'esprit des mesures de sûreté, en élargissant le champ des infractions (aujourd'hui tout à fait hétéroclite) à l'occasion desquelles il peut être prononcé (en 1998, seules les agressions sexuelles pouvaient en être le motif), en rendant obligatoire la condamnation à une injonction de soins (dès lors que l'expert juge l'auteur accessible à un traitement) sauf décision contraire du juge : en somme, l'injonction de soins est devenue, pour la loi, donc le juge, un moyen de contrôle comme un autre, intéressant par une durée pouvant être prolongée éventuellement longtemps. C'est si vrai que, dans un département de l'Ouest, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) a créé un « pôle » chargé des mesures de sûreté – initiative par ailleurs estimable – auquel il a naturellement rattaché le suivi des personnes relevant du suivi socio-judiciaire. Le soin à la personne disparaît ici presque entièrement. Tel ne peut être pourtant le point de vue du soignant, toujours également mobilisé.

Ces évolutions sont regrettables. Outre qu'elles aggravent les tensions au cœur du dispositif, elles obèrent ses chances de succès, la personne qui en est l'objet percevant davantage la méfiance dont son infraction le rend, par l'effet de la loi, l'objet que la bienfaisance des soins dont elle est entourée.

Il doit être mis un terme à cette évolution pour retrouver l'esprit de la loi de 1998. Il apparaît souhaitable que l'injonction de soins soit limitée aux auteurs d'infractions pour lesquels l'intervention d'un soignant a un sens. Le caractère obligatoire de l'injonction de soins doit être abandonné. Le découplage entre définition de mesures de sûreté et définition du suivi socio-judiciaire doit être assuré. La prise en charge ne saurait, de manière générale, se résumer, à des mesures de police vaguement colorées par du médical. Enfin il devrait être possible de dissocier la durée de l'injonction de soins, éventuellement plus réduite, de celle d'autres mesures ordonnées au titre du suivi socio-judiciaire. Et, à cette fin, d'éclairer les conditions selon lesquelles l'injonction de soins peut être levée (chapitre 3).

3/ En troisième lieu, il convient d'interroger le fonctionnement du dispositif tel qu'il est mis en œuvre dans le contexte de la période à laquelle ce rapport a été rédigé.

Comme dans d'autres domaines sanitaires, y compris la psychiatrie, les moyens, notamment humains, alloués au suivi socio-judiciaire varient très sensiblement d'une zone géographique à l'autre (chapitres1 et 4). Dans certains départements, il ne peut être prononcé faute, par exemple, de

médecins coordonnateurs prévus par la loi. Cette circonstance a pour effet de rétrécir encore la population éligible à la mesure, déjà restreinte pour les motifs déjà mentionnés. Elle est constitutive d'inégalité d'accès à une mesure judiciaire et discrimine les chances de modifier un comportement source d'infractions. Il doit être remédié à de tels écarts par l'allocation des moyens nécessaires, par le développement des formations les plus utiles : les agences régionales de santé doivent être sensibilisées par l'administration centrale ministérielle à cette question et, plus généralement, à celle de la santé sexuelle (cf. définition de l'OMS évoquée au chapitre 2), dans le cadre de la Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030). Les CRIAVS doivent prendre toute leur part en la matière. Dans ces politiques, une attention particulière doit être portée aux mineurs, auteurs et/ou victimes de violences sexuelles, avec l'aide des agents nationaux comme les juges des enfants, ceux de la protection judiciaire de la jeunesse, ou départementaux déjà impliqués (ASE…).

Là où ils existent, les médecins coordonnateurs voulus par la loi de 1998 apparaissent comme les symboles de l'existence du dispositif. Mais si leurs missions sont clairement définies, les moyens d'y parvenir sont trop largement laissés à l'initiative et aux marges de manœuvre de chacun. Il est étonnant que, depuis leur apparition, leur activité n'ait pas fait l'objet d'un cahier des charges précisant, sans contraintes excessives, les moyens de remplir leurs tâches (par exemple ce qu'indiquer dans le rapport annuel exigé d'eux). On doit espérer que soient en outre créées entre eux des occasions d'échanges (par exemple sur leurs rapports avec l'autorité judiciaire), au niveau régional ou national.

La mécanique du suivi socio-judiciaire dans sa composante de l'injonction de soins met en œuvre des rouages complexes, inhabituels en ce qu'ils associent des personnes n'ayant pas l'habitude de se rencontrer pour des fins communes (cf. chapitre 1). Des expériences de terrain étudiées et des témoignages recueillis lors de l'audition publique, ressort la nécessité de rencontres régulières – pas nécessairement fréquentes - sur un pied d'égalité et en pleine liberté d'appréciation, en particulier pour mettre en place une lecture commune des finalités, délimiter le champ de compétences de chacun et évoquer les cas individuels complexes. Le respect des objectifs communs ne saurait délier chacun de ses obligations au titre des obligations qui lui sont applicables comme celles relatives au secret médical ou professionnel. Inversement, dès lors que rien ne s'y oppose, les informations utiles doivent circuler, sous forme aisément accessible, lorsqu'elles sont nécessaires à l'action. La fluidité, l'efficacité, doivent être recherchées, dans le cadre d'une culture partagée.

La prise en charge intervient souvent dans un espace relativement étendu (changement de domicile, sortie de prison…) et dans un temps qui peut être très court (notamment s'agissant d'adolescents) ou bien long (plusieurs années). Les personnes prises en charge se trouvent confrontées à des ruptures non seulement dues à des changements de personnes (accrus par la rotation des effectifs ou la fréquence des changements d'affectation de certaines professions) mais également à des modifications de résidence géographique induisant des changements de ressort de juridiction ou de thérapeute. À cet égard, la discontinuité existante entre soins dispensés au sein des établissements pénitentiaires et soins du milieu libre, connue depuis longtemps sans qu'une solution satisfaisante autre que locale y ait jamais été vraiment apportée est paradigmatique de ces ruptures. L'injonction de soins suppose, outre le développement du travail interdisciplinaire, que les professionnels s'organisent aussi en réseaux aptes à transférer les informations à ceux des confrères qui assureront la suite de la prise en charge. Il n'est rien de plus désespérant pour les personnes objet de ces mesures que d'avoir le sentiment qu'elles reviennent au point de départ, avec des évaluations et des bilans toujours recommencés (cf. quatrième chapitre). La notion de « parcours » si souvent invoquée est souvent un itinéraire chaotique. Des efforts substantiels doivent permettre aux professionnels de s'organiser (des « fiches navette » ont été montrées durant l'audition publique), ainsi que cela s'est fait dans le déroulement de prises en charge dans d'autres domaines.

4/ Enfin, en quatrième lieu, la prise en charge doit mettre la personne qui en est l'objet au centre des dispositifs et des préoccupations.

Cette personne doit bénéficier sans aucune restriction du respect des droits attachés à chaque être humain. Cette garantie va, dira-t-on, de soi. Elle est moins évidente compte tenu des représentations que l'opinion, à travers les médias ou parfois le politique, attache aux auteurs de violences sexuelles ; même lorsque ceux-ci sont, en vertu d'évaluations ou d'expertises, placés dans une catégorie d'individus très dangereux. Une part de la réticence de professionnels à s'engager dans leur prise en charge s'explique sans doute ainsi. L'attachement à la dignité de la personne ne saurait se relâcher à leur endroit, quel qu'ait été le déroulement des évènements qui ont conduit à la prise en charge, quelles que soient, aussi, les contingences des moyens dévolus à cette dernière (le rapport évoque dans son chapitre 4 la baisse très préoccupante de nombre des experts et du faible nombre des médecins coordonnateurs).

De manière plus précise, dans les hypothèses qui sont l'objet de l'audition publique, on doit veiller, quelles que soient les formes thérapeutiques arrêtées, à ce que le thérapeute soit effectivement investi dans sa tâche, condition de toute réussite en la matière. On se doit aussi d'être vigilant, alors même que les indications thérapeutiques sont essentiellement de nature psychiatrique ou psychologique, de veiller aux soins somatiques que requièrent les personnes, et à la compatibilité des traitements ordonnés au titre de ces indications avec l'état somatique.

Dans le même domaine, la commission d'audition regrette que, si la question de la dispensation des soins en détention a été abordée avant l'audition publique et pendant son déroulement, celle des difficultés d'accès aux soins des personnes détenues n'ait été qu'effleurée, comme si celles-ci étaient des patients ordinaires du milieu libre.

Les évaluations de la personne et les expertises dont elle est l'objet doivent obéir aux mêmes règles. Les échanges d'information doivent respecter le secret médical déjà mentionné ; les expertises, les règles de l'art et celles rappelées dans le chapitre 3 ci-dessus. On ne peut leur faire faire davantage que ce que les textes en vigueur prévoient, ni leur faire dire plus qu'elles ne peuvent dire, particulièrement en matière de dangerosité ou de risque ; il y a trop d'attentes excessives, trop de conséquences autres que médicales, conférées aux opinions d'experts issues de l'utilisation d'échelles de plus en plus élaborées, appliquées à des sujets qui peuvent ne présenter aucune pathologie mentale.

Certaines personnes prises en charge se trouvent dans des situations particulières et doivent être évoquées (voir sur ce point le chapitre 4). Tel est le cas des personnes en institution (établissements de santé mentale, établissements pour personnes en situation de handicap, prisons…). Il existe dans ces établissements des violences sexuelles parfois graves, qui génèrent parmi les personnes prises en charge (en particulier les femmes) des angoisses constantes. A l'exception de cas très particuliers (comme les personnes âgées démentes), et outre les mesures prises pour les prévenir, de tels faits doivent donner lieu à des signalements à l'autorité judiciaire, seule à pouvoir juger de la suite à leur donner.

Très particulière à bien des points de vue est aussi la situation des enfants mineurs, que ce soit en famille ou en établissement. L'appréhension de leur situation (on estime à 40% la part des auteurs mineurs de violences sexuelles ayant été victimes de violences de même nature), le signalement, et la

prise en charge ne sauraient être semblables à ceux des adultes dès lors que, comme il a été dit lors de l'audition publique, et comme le veut la loi pénale en vigueur, ils ne sauraient être regardés comme des adultes en réduction.

La prise en charge met en œuvre des réponses thérapeutiques. La variété des situations et des temps de prise en charge conduit à préconiser une relative souplesse non dans ce qui est au principe de ces thérapeutiques mais dans leur choix. Le chapitre 4 décrit l'approche psychodynamique, d'une part, les techniques cognitivo-comportementales (TCC), d'autre part, les thérapies systémiques, enfin. Il peut être particulièrement intéressant, dans un parcours de prise en charge psychothérapeutique, de recourir à des techniques relevant d'approches différentes, psychodynamiques, cognitivo-comportementales et systémiques. Pour en déterminer la proportion, là aussi, l'intérêt de la personne prise en charge doit toujours primer.

Enfin, la prise en charge mentale ne peut se résumer à des réponses en termes de soins directs de plus en plus techniques. Elle doit englober une dimension de « prendre soin » (combinaison du *cure* et du *care*). Dans ce domaine, elle doit s'appuyer sur un accompagnement socio-éducatif à visée de réhabilitation psycho-sociale, d'une intensité adaptée à chaque situation, de manière évolutive dans le temps. Cet accompagnement doit s'adapter à la configuration née de l'évolution du métier de conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP), davantage tourné vers la seule prévention de la récidive au détriment de ses tâches traditionnelles d'accompagnement social. En complément des équipes intervenant habituellement auprès des auteurs de violences sexuelles, il est important de renforcer et développer la place du personnel social et éducatif dans l'accompagnement du parcours, de telle sorte que ne soient pas omises les questions essentielles de l'accès au logement, à une formation, à un travail et plus généralement de l'accès à la vie sociale.

C'est en effet la novation de la loi de 1998 d'avoir posé comme perspective qu'une prise en charge réussie est plus bénéfique non seulement pour la personne qui en est l'objet, mais aussi pour la société dans son ensemble. Cette perspective doit être consolidée et son fonctionnement mieux assuré, conformément à l'état des lieux et aux préconisations ou souhaits qui ont été exposés dans le présent rapport. Toutefois, elle ne peut prendre sens que s'il est rappelé que la psychiatrie est une discipline médicale centrée sur les soins aux personnes présentant des troubles mentaux. Elle ne doit en aucun cas être utilisée à des fins de contrôle social.

Telles sont les conclusions de l'audition publique des 14 et 15 juin 2018.

BIBLIOGRAPHIE

1. Debauche A, Lebugle A, Brown E. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. INED Institut National des Etudes Démographiques; 2017 [cité 24 juin 2018] p. 67. (Documents de travail). Report No.: 229. Disponible sur: https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20838/doc.travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.virage_1.fr.fr.pdf
2. Conférence de consensus « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle », 22 et 23 novembre 2001. Paris: John Libbey Eurotext; 2002.
3. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans : Argumentaire [Internet]. Saint-Denis la Plaine: Haute Autorité de Santé; 2009 juill [cité 27 juin 2018] p. 257. (Recommandations de bonne pratique). Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_argumentaire.pdf
4. Conférence de consensus « Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive », 20 janvier 2013. Principes d'action et méthodes : Rapport du jury de consensus remis au Premier ministre. Paris: Ministère de la Justice; 2013 févr.
5. Sottet F. Quelles sont les problématiques émergentes au cours de ces 20 dernières années, dues aux évolutions de la société et des technologies ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
6. Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2010.
7. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women REPORT - Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2005 [cité 17 juin 2018] p. 206. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/
8. APA APA. DSM-5. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. 5ème édition. Elsevier Masson; 2015.
9. World Health Organization. CIM-10 Version 2008. Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00-F99) [Internet]. Version 2008. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2008 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F60-F69
10. Manzanera C. Quelle est la définition des violences sexuelles, par la loi, par les professionnels du soin, par la population ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
11. Chaffin M, Berliner L, Block R, Johnson TC, Friedrich WN, Louis DG, et al. Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. Child Maltreat. mai 2008;13(2):199‑218.
12. Debauche A. Quelles sont les données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
13. Les violences sexuelles à caractère incestueux sur mineur.e.s [Internet]. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS); 2017 [cité 17 mai 2017] p. 57. Disponible sur: http://www.cnrs.fr/inshs/recherche/violence-sexuelle.htm
14. Le Goaziou V. Le viol : Sociologie d'un crime. Paris: La documentation française; 2001.
15. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris: La documentation française; 2001.
16. Les Baromètres santé, un observatoire des comportements des Français pour orienter les politiques de santé publique [Internet]. Santé Publique France : INPES. 2018 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/index.asp
17. Kazanchi C. Quelle est l'évolution de la législation, des dispositifs de prise en charge depuis 1998 ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
18. France. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs [Internet]. JUSX0508260L. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2006/4/4/JUSX0508260L/jo/texte
19. France. LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants [Internet]. JUSX1007012L. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2010/7/9/JUSX1007012L/jo/texte
20. Protais C, Moreau D. L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. Commentaire du texte de Samuel Lézé. Champ PénalPenal Field. 2009;6.
21. De Fraene D. Exhibition médiatique des crimes sexuels et perversion de la criminalisation. In: Sexe et Normes. Bruxelles: Bruylant; 2008. p. 89‑108.
22. Juillard M, Timbart O. Violences sexuelles et atteintes aux moeurs [Internet]. Paris:

Ministère de la Justice; 2018 mars [cité 27 juin 2018]. (Infostat Justice). Report No.: 160. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_infostat_160.pdf
23. France. Code pénal - Article 227-25 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418101
24. Burgess AW, Carretta CM, Burgess AG. Patterns of federal Internet offenders: a pilot study. J Forensic Nurs. sept 2012;8(3):112‑21.
25. Niveau G. Cyber-Pedocriminality: Characteristics of a Sample of Internet Child Pornography Offenders. Child Abuse Negl. août 2010;34(8):570‑5.
26. Teillard-Dirat M. Quelles sont les problématiques émergentes au cours de ces 20 dernières années, dues aux évolutions de la société et des technologies ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
27. Adam C. Qui sont les auteurs de violences sexuelles ? Identifie-t-on de nouvelles catégories d'auteurs, contexte et milieu de vie ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
28. Collectif. Dossier : Education à la sexualité du social à l'intime : l'émergence d'internet et des réseaux sociaux. Santé Homme. 04 2012;418:9‑43.
29. Cano J. Quels sont les rôles des différents acteurs, leur(s) mission(s) et leur articulation ? Quelle est leur formation ? Quelles informations sont à leur disposition ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
30. Gautron V. Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
31. Audition publique « Expertise psychiatrique pénale » 25 et 26 janvier 2007 : Rapport de la commission d'audition [Internet]. Paris: Fédération Française de Psychiatrie; 2007 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr//portail/upload/docs/application/pdf/epp-rapport_de_la_commission-version_finale_pour_mel.pdf
32. France. Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs [Internet]. JUSX9700090L. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901
33. OMS OM de la S. Réunion sur l'enseignement de la sexologie et le traitement des difficultés sexuelles : programme de formation pour les professions de santé. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1975. Report No.: 572.
34. Defining Sexual Health : Report of a Technical Consultation an Sexual Health [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2002 janv [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
35. Santé sexuelle et reproductive. Avis et rapport [Internet]. Paris: Haut Conseil de la santé publique; 2016 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=551
36. Charte d'OTTAWA pour la promotion de la santé. Texte intégral. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1986.
37. Gamet M-L. Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
38. Flagolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative; 2008.
39. France. Circulaire DHOS/DGS/02/6C n°2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux [Internet]. SANH0630173C. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=16120
40. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030 [Internet]. Paris: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2017 [cité 28 juin 2018] p. 74. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
41. Lemonnier F. Quelles interventions ont le plus d'impact sur la prévention du risque de violences sexuelles ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
42. Salazar LF, Vivolo-Kantor A, Hardin J, Berkowitz A. A Web-Based Sexual Violence Bystander Intervention for Male College Students: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 5 sept 2014;16(9):e203.
43. Davis MK, Gidycz CA. Child Sexual Abuse Prevention Programs: A Meta-Analysis. J Clin Child Psychol. juin 2000;29(2):257‑65.
44. Association Une Vie : Prévention des violences sexuelles sur les enfants [Internet]. 1vie.org. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: https://1vie.org/
45. Association L'Ange Bleu [Internet]. ange-bleu.com. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: http://ange-bleu.com/fr/accueil/
46. Colosse aux pieds d'argile : Association pour la protection de l'enfance en milieu sportif [Internet]. Colosse aux pieds d'argile.org. [cité

28 juin 2018]. Disponible sur: http://www.colosseauxpiedsdargile.org/
47. Réseau Écoute Orientation [Internet]. FFCRIAVS.org. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: http://www.ffcriavs.org/la-federation/reseau-ecoute-orientation/
48. Prudhomme C. Quelles sont les définitions de la prévention en matière de violences sexuelles ? Quels en sont les objectifs et limites ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
49. Galtier F. Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
50. Association de Recherche et d'Action en faveur des Personnes Handicapées (ARAPH) : centre Handicap et Santé, Delville J, Mercier M, Merlin C. « Des femmes et des hommes » : Programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales. 2e éd. Namur: Presse Universitaire de Namur; 2016.
51. Hajbi M, Robin N. Approche psychothérapeutique groupale des majeurs déficients mentaux auteurs de violences sexuelles. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. févr 2015;173(1):46‑53.
52. France. LOI n° 93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale [Internet]. JUSX9200023L. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000178780
53. Conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité », 24 et 25 novembre 2004 [Internet]. Paris: Fédération hospitalière de France; 2005 janv [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite
54. Chan Chee C, Montengou E. Suicides et autres décès dans le milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apports des certificats de décès et dans la connaissance te le suivi de la mortalité. Saint Maurice: Santé Publique France; 2016 p. 61.
55. France. LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire [Internet]. USX0814219L. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/11/24/JUSX0814219L/jo/texte
56. France. LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental [Internet]. JUSX0768872L. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018162705
57. France. Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. SASX1008846D. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022041034
58. France. Circulaire de la DAP n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation [Internet]. JUSK0840001C. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20080002_0000_0004.pdf
59. France. Code pénal - Article 122-1 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417213&dateTexte=&categorieLien=cid
60. Baratta A. Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive. Inf Psychiatr. oct 2011;87(8):657‑62.
61. France. Code pénal - Article 131-36-4 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417319&dateTexte=&categorieLien=cid
62. Daillet A. Approche expertale évolutive et comparative : un point de vue de défense sociale ? Inf Psychiatr. janv 2008;84(1):35‑9.
63. France. Code de procédure pénale - Article 706-47-1 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006577686&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20051213
64. Aubut J. L'évaluation des délinquants sexuels. Criminologie. 1982;15(2):41‑8.
65. Coutanceau R. Expertise psychiatrique, psychologique, psycho-criminologique, et psycho-sexologique d'un auteur d'agression sexuelle. In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
66. Moulin V. Enjeux et critères de l'évaluation psychologique expertale des auteurs de violence sexuelle. In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
67. Senon J-L, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et expertaux. Inf Psychiatr. oct 2009;85(8):716‑25.
68. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. Ann Méd-Psychol. déc 2006;164(10):818‑27.
69. Hanson RK, Bussière MT. Les prédicteurs de la récidive sexuelle : une méta-analyse [Internet].

Ottawa: Solliciteur général Canada, Secrétariat du Ministère; 1996 [cité 6 juin 2018]. Disponible sur: https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/2004-02-prdctrs-sxl-rcdvsm-pdtd/index-fr.aspx

70. France. Code de procédure pénale - Article 712-21 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006577903&dateTexte=&categorieLien=cid
71. Pham T. Évaluation du risque de récidive violente et sexuelle. Santé Ment. mai 2008;128:38‑42.
72. Niveau G. Evaluation de la Dangerosite et du Risque de Recidive. L'Harmattan; 2011.
73. Hanson RK, Thornton D. Statique 99 : une amélioration des évaluations actuarielles du risque chez les délinquants sexuels. Rapport pour spécialistes. Ottawa: Ministère du Solliciteur Général du Canada; 1999 p. 27.
74. Quinsey VL, Rice ME, Harris GT. Actuarial Prediction of Sexual Recidivism. J Interpers Violence. 3 janv 1995;10(1):85‑105.
75. Pham T. Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficience de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
76. Bumby KM. Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. Sex Abuse J Res Treat. janv 1996;8(1):37‑54.
77. Vanderstukken O, Menghini M, Willocq L, Pham T. Evaluation du déni des distorsions cognitives et de l'empathie chez les agresseurs sexuels. In: L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Bruxelles: Mardaga; 2006. p. 161‑94. (Collection psychodiagnostic).
78. Blanc E. Rapport d'information N° 4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel [Internet]. Assemblée Nationale; 2012 févr [cité 27 juin 2018]. Report No.: N° 4421. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4421.asp
79. Guide de l'injonction de soins [Internet]. Paris: Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des Sports; 2009 [cité 23 juin 2011] p. 67. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf
80. Gautron V, Grunvald S, Retière J, Dubourg E, Trémeau C. (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin. Rapport final. Paris: Mission de recherche Droit et Justice; 2017 juin p. 473.
81. Coutanceau R. Les délinquants sexuels. Santé Ment. 2002;64:4.
82. Vanderstukken O, Pham T. Déni ou reconnaissance des faits chez les auteurs d'agression sexuelle : traitements et récidive en question. Actual Jurid Pénales. janv 2014;7‑8:341‑5.
83. Lamothe P. L'injonction de soins : indications de la prescrire et indications d'y mettre fin. In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
84. Naili Douaouda B. Réflexions sur la prise en charge d'auteurs d'agressions sexuelles en injonction de soin. Nervure. 2007;20(3):14‑7.
85. Iragnes F. L'interaction entre juge et médecin dans l'injonction de soins. Soins Psychiatr. 04 2017;38(309):17‑21.
86. Du Mesnil du Buisson G. Quelles sont les implications juridiques de l'obligation de soin, injonction de soin, soin volontaire dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle ? In: Conférence de consensus, « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » [Internet]. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2001 [cité 25 juin 2018]. Disponible sur: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/DuMesnil.html
87. Lavielle B. Quelles sont les attentes de la justice face à l'expert psychiatre dans le domaine psychocriminologique et quels sont les arguments en faveur et défaveur de l'expertise contradictoire ? In: Textes des exerts. Paris: Fédération Française de Psychiatrie; 2007.
88. Palaric R, Moulin V. Critères intervenant dans le choix de l'expert judiciaire, psychiatre ou psychologue, en France. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. sept 2014;172(7):489‑94.
89. Guitz I. Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soin ? Du point de vue du juge, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
90. Blanc A. Quelles sont les attentes et les difficultés rencontrées par le magistrat d'instruction et par le président des assises face à l'expert ? Quelles sont les spécificités de la déposition orale aux assises et quelles recommandations faire à l'expert ? In: Textes des exerts. Paris: Fédération Française de Psychiatrie; 2007.
91. Faucher P. Quelles sont les attentes de juge de l'application des peines dans l'expertise de pré-libération ? In: Textes des exerts. Paris: Fédération Française de Psychiatrie; 2007.
92. France. LOI n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale (1) [Internet]. JUSX0818935L. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2010/3/10/JUSX0818935L/jo/texte
93. Vacheron M. Le point sur l'injonction de soins et le médecin coordonnateur. Nervure. 2009;22(1):3‑4.
94. France. Décret n° 2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté - Article 8 [Internet].

Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=5D8D3FB61C6230750C1B3010E41746C4.tplgfr25s_3?idArticle=JORFARTI000019723219&cidTexte=JORFTEXT000019723204&dateTexte=29990101&categorieLien=id

95. France. LOI n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines - Article 5 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2012/3/27/JUSX1128281L/jo/article_5
96. Goumilloux R. Médecin coordonnateur de suivis socio-judiciaires : une nouvelle fonction. Inf Psychiatr. 2014;90(3):213.
97. France. Code de la santé publique - Article L3711-2 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688344&dateTexte=&categorieLien=cid
98. France. Code de la santé publique - Article L3711-3 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688345&dateTexte=&categorieLien=cid
99. Aubut J. Réflexion éthique autour de la prise en charge des agresseurs sexuels. Forensic Rev Psychiatr Légale. 1999;21:16‑8.
100. Dubret G. Obligation et continuité de soins pour les auteurs d'infractions sexuelles:modalités d'accès aux soins, difficulté du suivi ambulatoire. Inf Psychiatr. 2001;77(5):476‑82.
101. Cochez F, Lesueur M, Fayet M, Bouchard J. Prendre en charge des sujets relevant de l'injonction de soins. Soins Psychiatr. 2017;38(309):31‑5.
102. France. Code pénal - Article 132-45 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417442&dateTexte&categorieLien=cid
103. France. Code de procédure pénale - Article 138 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000033459592
104. IGAS IG des AS, IGSJ I générale des services judiciaires. Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. 2015 p. 69.
105. France. Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique [Internet]. JUSK1140048C. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1140048C.pdf
106. Arnaud F. Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ? In Paris; 2018.
107. Ducro C, Pham T, Cortoni F. L'efficacité du traitement des agresseurs sexuels adultes. Rev Francoph Clin Comport Cogn. 2017;22(3):25‑33.
108. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. J Exp Criminol. avr 2005;1(1):117‑46.
109. Balier C, Parayre C, Parpillon C. Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels. Rapport au ministère du Travail et des Affaires sociales. Paris: Ministère du travail et des affaires sociales; 1995.
110. France. Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 n° 2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitairedes mineurs incarcérés [Internet]. SJSP0830413C. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-06/ste_20080006_0100_0081.pdf
111. Joseph-Jeanneney B, Lecoq G, Beau P, Gallier P. L'évaluation du dispositif de l'injonction de soins [Internet]. IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales; 2011 [cité 28 juin 2018] p. 143. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000147/
112. France. Code de procédure pénale - Article 763-7 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006578275&dateTexte=&categorieLien=cid
113. Ciavaldini A. Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
114. Cochez F. Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? In Paris: Fédération Française de Psychiatrie; 2018.
115. Cartier M-E. Rapport à Monsieur le Garde des Sceaux, ministre de la Justice de la commission d'étude pour la prévention de la récidive des criminels. Paris: Ministère de la Justice; 1994.
116. Zagury D, Senon J. L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive. Inf Psychiatr. 2014;90(8):627‑9.
117. Langlade A. Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soin ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soin ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.

118. Présentation de la recherche (REPESO, 2015-2019) [Internet]. Réprimer et Soigner : Une étude empirique de l'articulation Santé – Justice pénale. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: https://repeso.hypotheses.org/presentation-de-la-recherche
119. Bouchard J, Brulin-Solignac D, Lodetti C. L'injonction de soins, une mesure pour éviter la récidive. Soins Psychiatr. 2017;38(309):12‑6.
120. Auger G, El Hage W, Bouyssy M, Cano J, Camus V, Gaillard P. Évaluation du dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire (France). Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. juill 2010;168(6):462‑5.
121. Baron-Laforet S. Le soin pénalement obligé : intérêt et difficultés. Psychiatr Fr. 2010;41(2):7‑23.
122. Balier C, Ciavaldini A, Girard-Khayat M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels [Internet]. Direction Générale de la Santé; 1997 juin [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984000637/index.shtml#hdp
123. Steadman HJ. Boundary spanners: A key component for the effective interactions of the justice and mental health systems. Law Hum Behav. févr 1992;16(1):75‑87.
124. France. Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 08 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des etablissements de santé [Internet]. SJSH0830736C. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_14464.pdf
125. France. LOI n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales [Internet]. JUSX1322682L. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/8/15/JUSX1322682L/jo/texte
126. France. Circulaire du 15 mars 2017 relative à la mise en œuvre de la justice restaurative [Internet]. JUST1708302C. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=42000
127. Strang H. Repair or revenge : victims and restorative justice. Oxford: Clarendon Press; 2002. 298 p.
128. Hagemann O. Restaurative Justice in prison ? Paper presented in the Fifth Internationale Conference at Leuven, Belgium, 2002. In: Repositioning restorative justice. Cullompton: Willan Publishing; 2003.
129. Conseil de l'Europe. Comité des Ministres. Recommandation n° R (99) 19 du Comité des ministres aux Etats membres sur la médiation en matière pénale, adoptée le 15 septembre 1999 [Internet]. Disponible sur: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectifD=0900000165062e03b
130. Aubut J. Réflexion éthique autour de la prise en charge des agresseurs sexuels. In: La violence sexuelle : approche psycho-criminologique Évaluer, prévenir, soigner. Paris: Dunod; 2010. p. 400.
131. Casoni D. Enjeux éthique et pratique en clinique de l'agression sexuelle en milieu correctionnel. In: Penser les agressions sexuelles. Toulouse: Erès; 2016. p. 105‑22.
132. Vanderstukken O, Benbouriche M. Interventions cognitivo-comportementales et prise en charge des auteurs d'agression sexuelle en France: entre Santé et Justice. In: Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise. Paris: Dunod; 2012. p. 123‑32.
133. Roman P. Les violences sexuelles à l'adolescence. Paris: Elsevier Masson; 2012. 224 p.
134. Vanderstukken O, Benbouriche M, Letto N. Prévention de la récidive et interventions cognitivo-comportementales en France: quelles formations pour quels intervenants ? J Thérapie Comport Cogn. 2018;28(1):42‑7.
135. Vanderstukken O. Soins aux AVS en France : L'avènement des Thérapies Cognitivo-Comportementales, des Interventions Cognitivo-Comportementales et des Accompagnements Cognitivo-Comportementaux. In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
136. Ferenczi S. Le traumatisme. Paris: Payot; 2004.
137. Schore A. Dysregulation of the right brain : a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of post-traumatic stress disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2002;36(1):9‑30.
138. Van Der Kolk. Developmental trauma disorder toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatr Ann. 2005;35(5):401‑8.
139. Van Der Kolk BA. The neurobiology of childhood trauma and abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2003;12(2):293‑317.
140. Auclair N, Carpentier J, Proulx J. Une étude descriptive d'un échantillon d'adolescents auteurs d'abus sexuels référés en clinique psychiatrique externe. In: La délinquance sexuelle des mineurs : Approches cliniques. Montréal: Presse Universitaire de Montréal; 2012. p. 25‑57.
141. Starr B, Weiner M. The Starr- Weeiner Report on sexe and sexuality in the mature year. New York: Mac Graw - Hill; 1981.
142. Giami A. Sexualité, handicaps et vieillissement : comment penser les prises en charge en institution. In: Sexualité, handicaps et vieillissement. Toulouse: Erès; 2011. p. 195‑205. (Pratiques du Champ social).
143. Dionne H. De l'intimité à l'intimidation. Le harcèlement sexuel à l'égard des soignants. Gérontologie Société. 2007;30(122):139‑44.

144. Arena G. Y a-t-il des spécificités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles selon les situations (violences sexuelles sans contact, âges de la vie, handicap, milieu de vie) ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
145. Verschoot O. Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
146. Marshall WL, Marshall LE. Le traitement des agresseurs sexuels adultes. In: Traité de l'agression sexuelle, théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels. Bruxelles: Mardaga; 2017. p. 165‑78.
147. Gravier B. Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ? In Paris: Fédération Française des CRIAVS; 2018.
148. Granier C, Castel P. La thérapie comportementale : entretien avec Christophe André. J Fr Psychiatr. 2001;12:32‑5.
149. Cottraux J. Les psychothérapies cognitives et comportementales. Paris: Elsevier Masson; 2004.
150. Balier C. Psychanalyse des comportements violents. Paris: Presses universitaires de France; 1988. 253 p.
151. Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents : une pathologie de l'inachèvement. Paris: Presses universitaires de France; 1996.
152. Balier C. La violence à la lumière des processus adolescents. Adolescence. 1998;16(1):117‑26.
153. Balier C. La violence en abyme : essai de psychocriminologie. Paris: Presses universitaires de France; 2005.
154. Ellerby L, McGrath RJ, Cumming GF, Burchard BL, Zeoli S. Pratiques courantes dans les programmes canadiens de traitement des agresseurs sexuels : sondage 2009 de la Safer Society Foundation [Internet]. Ottawa: Safer Society Foundation; 2010 févr [cité 25 juin 2018] p. 8. Disponible sur: http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/public_safety-securite_publique/corrections_research_user_rep-f/2010-02/PS3-1-2010-2-fra.pdf
155. Lambert AJ, Raichle K. The Role of Political Ideology in Mediating Judgments of Blame in Rape Victims and their Assailants: A Test of the Just World, Personal Responsibility, and Legitimization Hypotheses. Pers Soc Psychol Bull. 9 janv 2000;26(7):853‑63.
156. Savin B. Entretiens thérapeutiques familiaux. In: Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris: Masson; 2000. p. 181‑91.
157. Hayez J-Y, de Becker E. Perspective systémique et travail familial ou de couple dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle. In: Actes de la conférence de consensus de la Fdération française de Psychiatire. 2001. p. 237‑54.
158. Haesevoets Y-H. L'enfant victime d'inceste : de la séduction traumatique à la violence sexuelle : réflexion théorico-clinique sur la psychopathologie de l'inceste. 3e éd. Bruxelles: De Boeck; 2015.
159. Shapiro F. Manuel d'EMDR (Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires) : Principes, protocoles, procédures. Paris: InterEditions; 2007. 592 p. (Développement personnel et accompagnement).
160. Pace P. Pratiquer l'ICV : L'Intégration du Cycle de la Vie (Lifespan Integration). 2e éd. Paris: Dunod; 2018. (Les ateliers du praticien).
161. Levine PA. Waking the tiger - healing trauma. Berkeley: North Altantic Books; 1997.
162. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW, WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. World J Biol Psychiatry. juin 2010;11(4):604‑55.
163. De Becker E. L'adolescent transgresseur sexuel. Psychiatr Enfant. 2009;52(2):309‑38.
164. Frémy D. Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des agresseurs sexuels enfants et adolescents ? In: Conférence de consensus, « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » [Internet]. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2001 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Fremy.html
165. Långström N, Enebrink P, Laurén E-M, Lindblom J, Werkö S, Hanson RK. Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. BMJ. 9 août 2013;347.